Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2005

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2005

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	3
Caseload Statistics – 2005	5
Types of Deaths Investigated and Certified	7
Homicides	7
Suicides	8
Accidental Deaths	10
Undetermined Deaths	11
Natural Deaths	12
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	13
Summary of Children's Deaths	13
Sudden Infant Death Syndrome	14
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	15
Inquests	18
Inquest Recommendations – 2005	19
Reported Deaths of Children-in-Care	40
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services and Housing – 2005	41

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to affect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily, and residents of a personal care home. The CME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.17 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 14 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, two special investigators to review CFS services, a statistician, and four support staff. The fee-for-service element is provided by 23 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system. Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Laboratory at St. Boniface General Hospital in Winnipeg. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2005, 5925 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 60% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical

examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the Royal Canadian Mounted Police and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting its death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2005

Medical Examiner Certified Cases	**1568**
Non-Medical Examiner Cases	**4357**
Total Caseload	**5925**

CASELOAD REVIEW 1991 – 2005

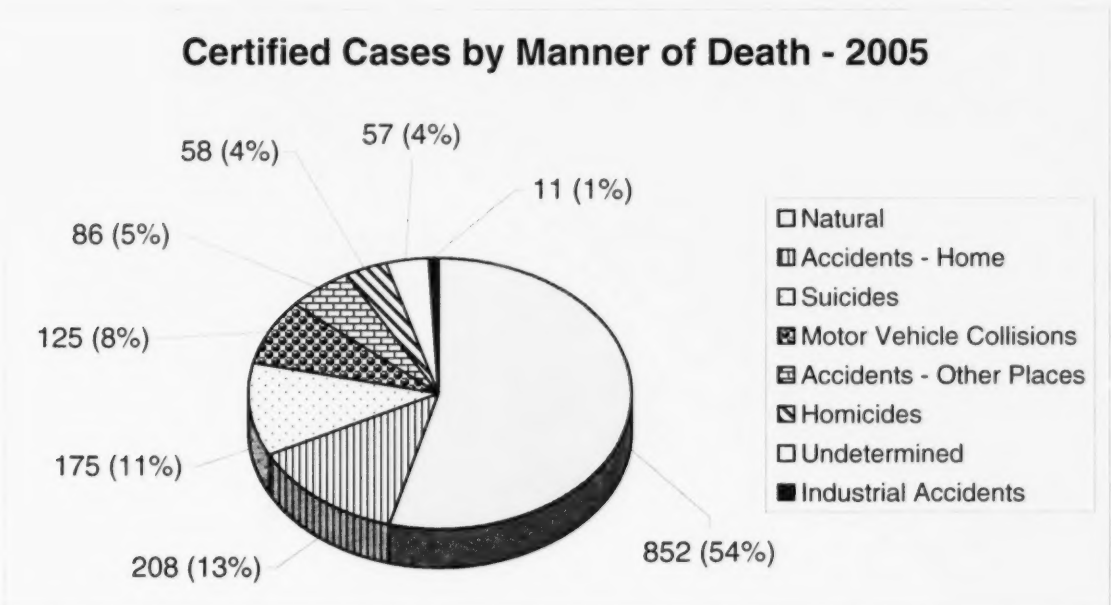
YEAR	TOTAL
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567
2000	5590
2001	5804
2002	5935
2003	5963
2004	5977
2005	5925

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review includes all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
Natural	3687	1518	5205
Accidents in the Home	161	47	208
Motor Vehicle Collisions	49	76	125
Accidents in Other Places	44	42	86
Industrial Accidents	5	6	11
Suicides	99	76	175
Homicides	35	23	58
Undetermined	41	16	57
TOTAL	**4121**	**1804**	**5925**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



Note: Certified cases are those investigated by a medical examiner.

TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	29	6	35
Rural	15	8	23
Total	44	14	58

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

	Age							
Method	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	Total
Firearms	0	3	2	4	2	1	3	15
Blunt Weapon/ Violence	0	5	1	7	2	1	1	17
Stabbing/ Incised Wound	0	6	4	5	4	1	1	21
Battered Child/ Shaken Baby	3	0	0	0	0	0	0	3
Other	0	0	1	1	0	0	0	2
Total	3	14	8	17	8	3	5	58

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	76	23	99
Rural	63	13	76
Total	139	36	175

SUICIDES BY AGE AND GENDER

	Age									
Gender	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	Total
Male	1	18	31	18	33	20	7	10	1	139
Female	0	12	4	10	6	3	0	1	0	36
Total	1	30	35	28	39	23	7	11	1	175
Per 100,000	1.30	17.61	22.55	18.06	21.22	15.28	7.52	15.91	2.05	14.91

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of 2005 (Manitoba Health Population Report – June 1, 2005).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	76	21	97	55.4%
Firearms	29	1	30	17.1%
Drug Overdose	14	9	23	13.1%
Carbon Monoxide	5	2	7	4.0%
Jumping From Heights	4	1	5	2.9%
Other	11	2	13	7.4%
Total	139	36	175	100.0%

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	7	8	15
February	6	5	11
March	6	5	11
April	8	6	14
May	9	7	16
June	9	4	13
July	9	11	20
August	9	6	15
September	10	5	15
October	12	3	15
November	7	7	14
December	7	9	16
Total	99	76	175

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Construction	0	1	1
Farming	1	2	3
Transportation	1	2	3
Communications	1	0	1
Other	2	1	3
Total	**5**	**6**	**11**
Accidents In The Home			
Falls	115	23	138
Drug/Alcohol Overdose	29	12	41
Smoke Inhalation	7	3	10
Asphyxia	1	5	6
Drowning	0	1	1
Inhalation/Sniffing	0	1	1
Burning/Scalding	1	0	1
Café Coronary	1	0	1
Other	7	2	9
Total	**161**	**47**	**208**
Accidents In Other Places			
Falls	17	6	23
Drowning	2	19	21
Exposure	2	5	7
CO Poisoning	2	0	2
Animal Related (Not MVA)	0	2	2
Aircraft	0	1	1
Falling Objects	0	1	1
Café Coronary	1	0	1
Other	20	8	28
Total	**44**	**42**	**86**
Total Non – Traffic Accidents	**210**	**95**	**305**

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	20	40	60
Single Vehicle	10	19	29
Vehicle/Pedestrian	8	5	13
Snowmobile	1	3	4
Animal/Vehicle	1	2	3
All Terrain Vehicle	3	0	3
Vehicle/Cyclist	2	0	2
Vehicle/Train	0	2	2
Motorcycle	1	1	2
Vehicle/Fixed Object	1	0	1
Minibike/Dirtbike	1	0	1
Multiple Vehicle	0	1	1
Other	1	3	4
Total Traffic Accidents	**49**	**76**	**125**
Total Non-Traffic Accidents	**210**	**95**	**305**
Total Accidental Deaths	**259**	**171**	**430**

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	13	18	31
No Anatomical Cause Found	5	4	9
SIDS	1	1	2
SUDS	2	1	3
Multiple Injuries	1	1	2
Fall	1	1	2
Head Injuries	1	0	1
Drowning	1	0	1
Smoke Inhalation	1	0	1
Other	3	2	5
Total	**29**	**28**	**57**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	350	151	501
Lung Disease	49	48	97
Hemorrhage	53	40	93
Post – Operative	17	10	27
Cancer	11	5	16
Intra-Operative	4	2	6
Peritonitis	1	4	5
Cirrhosis	1	4	5
Undetermined	4	0	4
AIDS	2	1	3
Prematurity	1	2	3
Epilepsy	0	2	2
Meningitis	1	0	1
Other	45	44	89
Total	539	313	852

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	5	5	10
1-9	2	2	4
10-19	5	3	8
20-29	8	2	10
30-39	18	9	27
40-49	60	23	83
50-59	115	45	160
60-69	109	59	168
70-79	141	70	211
80-89	66	74	140
90-99	10	21	31
Total	539	313	852

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	856	1797	2653
Natural**	48	67	115
Accidents in the Home	26	46	72
Accidents in Other Places	1	1	2
Motor Vehicle Collisions	1	1	2
Total	**932**	**1912**	**2844**

* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner
** Certified by a medical examiner

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	11	10	21
Natural**	43	44	87
Suicides	13	12	25
Motor Vehicle Collisions	10	4	14
Homicides	8	3	11
Accidents in Other Places	7	3	10
Undetermined	7	2	9
Accidents in the Home	4	0	4
Total	**103**	**78**	**181**

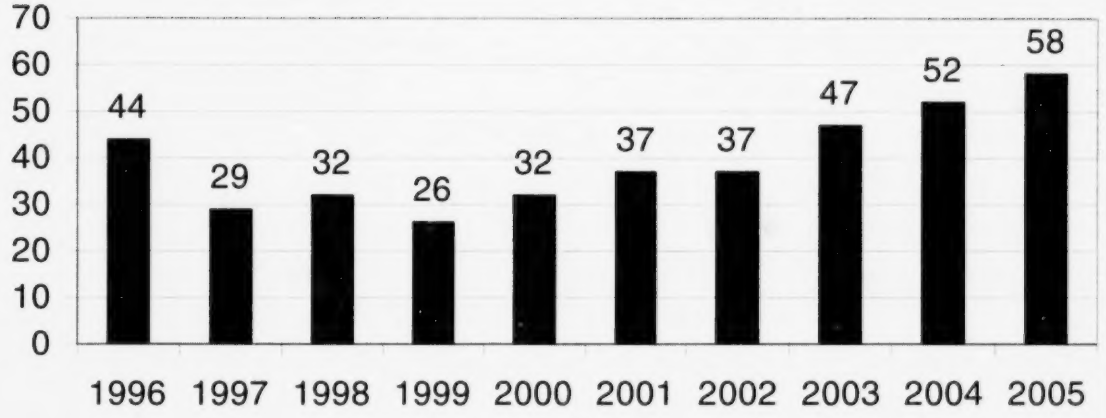
Note: 2 cases of SIDS are included in the undetermined category.
* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.
** Certified by a medical examiner.

SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2005

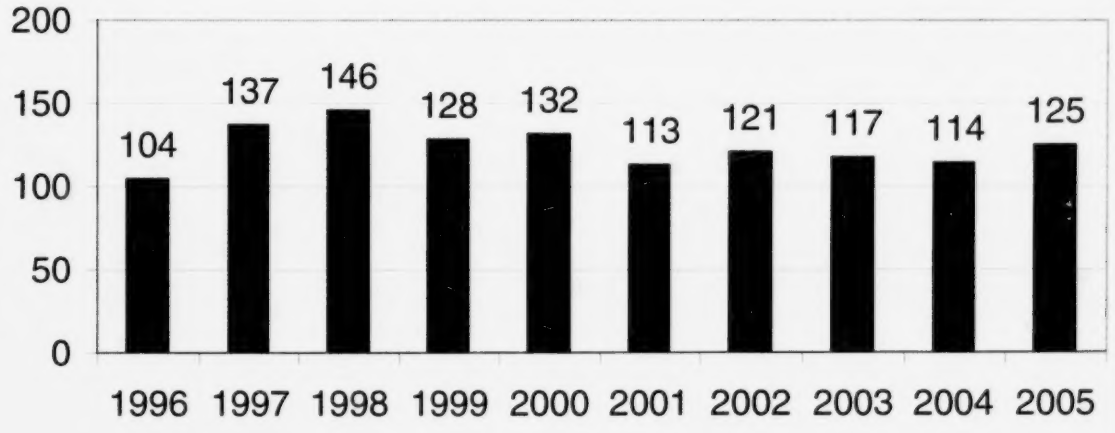
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	0	0	0
February	0	0	0	0
March	0	0	0	0
April	0	0	0	0
May	0	0	0	0
June	0	0	0	0
July	0	0	0	0
August	0	0	0	0
September	0	1	0	1
October	1	0	0	1
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
Total	1	1	0	2

MANITOBA DEATHS
A 10 YEAR REVIEW

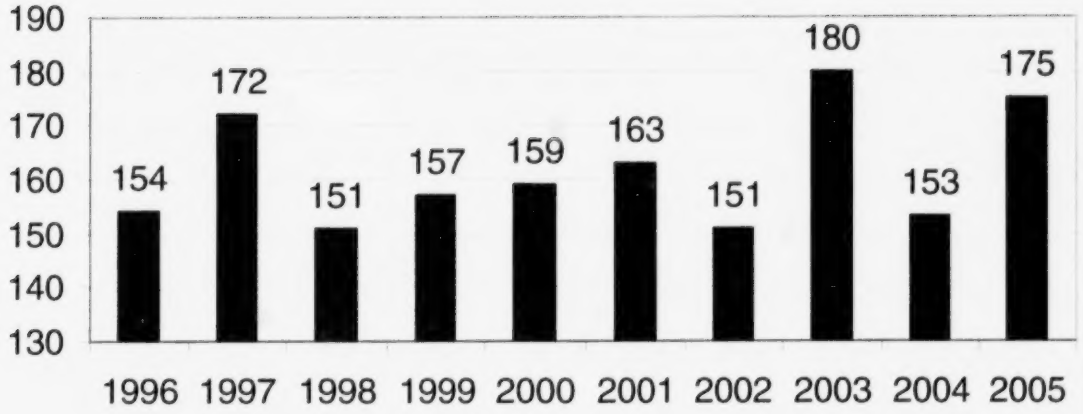
Homicides
1996 - 2005



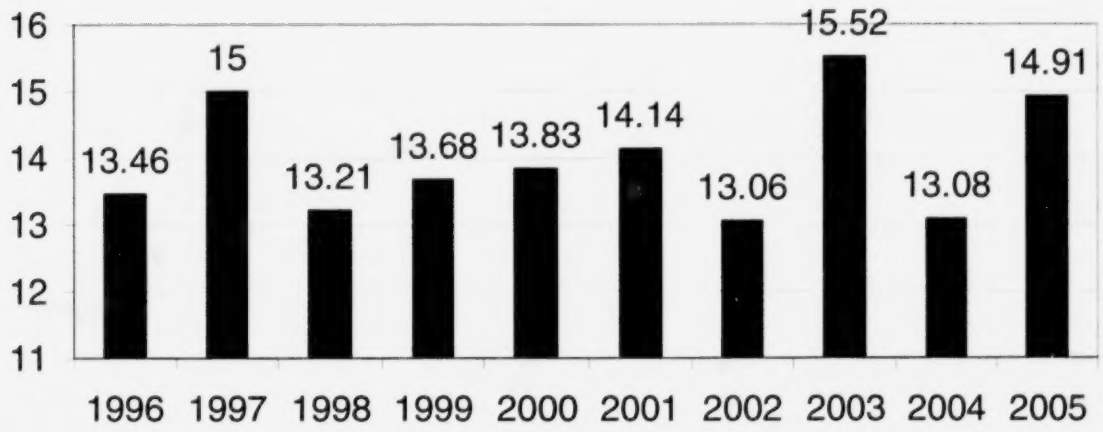
Motor Vehicle Fatalities
1996 - 2005



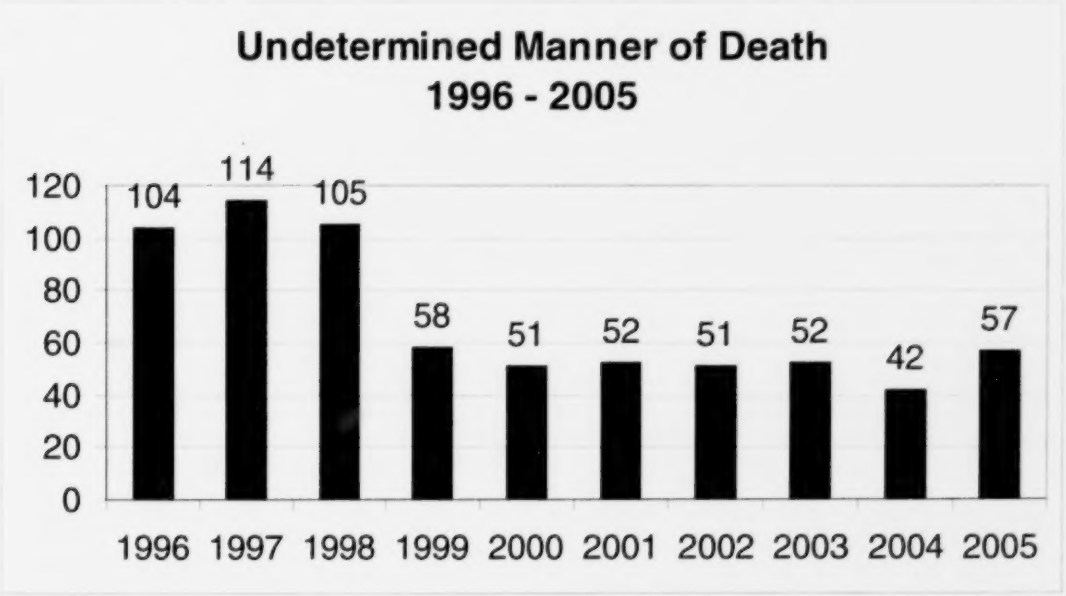
Suicides
1996 - 2005



Suicide Rate Per 100,000 Population
1996 - 2005



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending as of December 31, 2004	9
Inquests called January 1, 2005 – December 31, 2005	**7**
Inquest reports received January 1, 2005 – December 31, 2005	8
Inquest reports pending as of December 31, 2005	8

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2005 – December 31, 2005)

Industrial Related	Accidental	1
	Total	**1**
Medical Related	Homicide	1
	Total	**1**
Police Related	Undetermined	1
	Homicide	1
	Accidental	1
	Total	**3**
Institutional Living Related	Accidental	1
	Suicide	2
	Total	**3**

TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2005 **8**

Inquest Report Recommendations Received - 2005

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html

CASE FILE NO. 0205/02

Cause of Death: Asphyxia

Manner of Death: Accidental

Circumstances: On January 25, 2002, Calvin Sean Wood was operating a five-ton truck on the ice of Island Lake. He was working on the initial stages of the construction of a portion of the winter ice road system on the lake near his home community of Wasagamack. His job was to clear snow in the area of the proposed road with a plow attached to the front of the truck. That truck went through the ice and Calvin Wood drowned.

Judicial Recommendations:

In light of the information received at the inquiry into the death of Calvin Wood, it is apparent that significant changes could be made in the manner of constructing winter ice roads that would reduce the risks inherent in this type of construction project:

1. Formal training of all workers involved in the construction and maintenance of winter ice roads be provided.

2. Contractors involved in the construction and maintenance of winter roads be required to establish a safety program that meets a required designated level.

3. A committee be established to review and update the winter road guidelines with a view to making recommendations to the government for mandatory regulations applicable to the construction and maintenance of winter roads. This committee should meet regularly and consider safety issues, construction and maintenance methods, the type of equipment being used and recommendations regarding any new equipment available including modification to existing equipment. This committee should be given the resources to retain experts to report to it on safety and engineering issues related to winter road construction and maintenance.

4. This committee to be established should specifically consider whether the current Gold Formula A factor of seven is adequate and make specific recommendations that would either maintain or reduce it to a greater level of safety.

5. All personnel involved in the construction phase of winter roads be required to wear personal floatation devices of a type recommended by the winter road committee.

6. In the construction of winter roads, all snow removal equipment be accompanied by properly-equipped pilot vehicles during the entire time the snow removal equipment is on the ice during the construction phase.

7. Refueling of snow clearing equipment on the ice be prohibited.

8. Snow removal equipment operators or accompanying pilot vehicles be equipped with satellite telephones or equipment of equivalent capabilities.

9. All equipment used in the construction and maintenance of winter roads have the gross vehicle weight (including fuel and attached equipment) with the amount of clear blue ice required to support such a vehicle and its equipment displayed prominently in the cab or on the outside door of each vehicle.

10. Official highway traffic signs displaying warnings be prominently displayed at all entry points to winter roads under construction advising of the danger of travel before the official opening of the road.

11. Contractor's senior foreman or superintendent notify the Department in writing prior to initially commencing snow clearing in the construction of any designated section of a winter road.

CASE FILE NO. 0021/02

Cause of Death: Hyperkalemia

Manner of Death: Homicide

Circumstances: On January 4th, 2002, while a patient on the Surgical Intensive Care Unit of the St. Boniface General Hospital, 83 year old Ettie June Morris died of an excessive, non-prescribed infusion of a solution containing potassium. The day before her death, police had found her immobile at the foot of the stairs in her home. She was admitted to the hospital at that time for treatment of a fractured left femur. While in hospital awaiting hip surgery, she died suddenly.

Judicial Recommendations:

1. Review of staffing ratios for Critical Care Nurses on Intensive Care Units (ICUs) in the region be undertaken by the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA).

2. St. Boniface General Hospital (SBGH) and the WRHA review the policies with respect to nurses' work shifts.

3. SBGH and the WRHA consider adopting a Fatigue Management System, such as the one developed by Professor Drew Dawson, University of Adelaide, Australia (http://www.humantra.com/index.php).

4. Staff of the Pharmacy and the staff of the SBGH and the WRHA continue to review the purchase from pharmaceutical companies of standard medications and infusions, versus having a central intravenous admixture (CIVA) programme, versus having nurses prepare medications and infusions.

5. Staff of the Pharmacy and the staff of the SBGH and the WRHA review the current situations where nurses are required to prepare medications and infusions, especially high-hazard medications and infusions, rather than have them administer unit doses prepared elsewhere.

6. Should preparation of medications and infusions be required, then consideration should be given to conducting a Failure Modes Effect Analysis to review possible hazards and harm related to preparation, for example, in taking nurses away from the bedside and also in the potential for interruptions when the preparation of medications and infusions is being carried out.

7. SBGH and the WRHA review their recently-implemented process of hand-over between incoming and outgoing nurses whereby the incoming nurse visually inspects and verifies the infusion pump settings and the lines to and from the patient. This verification is accomplished while the outgoing nurse is still present, so as to ensure continuity of care, as well as to provide an opportunity for the incoming nurse to discuss any problems with the outgoing nurse should a discrepancy be noted. Both nurses at the time of the "report to nurse" should sign on and off after the report, confirming the inspection and verification of IV lines and rates of infusion of medications.

8. SBGH and the WRHA consider a review of current charting practices and policy and consider adopting the recommendations for charting according to the medications safety principles from Institute of Safe Medications Practices (ISMP) Canada.

9. SBGH and the WRHA continue to review the feasibility of the implementation of electronic charting.

10. At the time of administering medication to a patient, the following information must be noted on the intravenous line label: 1) the medication; 2) the time; 3) the dose; 4) the signature of the person administering the medication; and 5) the date.

11. At the time of initiation of a medication or IV bag change, the change ought to be checked and verified by two nurses.

12. No nurse ever administer medications prepared by another nurse.

13. No nurse sign that they have administered for medications not in fact administered by them.

14. SBGH and the WRHA review their policies regarding the administration, labeling and charting of medications.

15. SBGH and the WRHA review the "24 Hour Fluid Balance Record Intensive Care Unit Flow Sheet" used to chart the infusion of intravenous fluids and consider revising the form according to Human Factors principles, such as layout, spacing, fonts, shading and flow of information.

16. SBGH and the WRHA review the "24 Hour Fluid Balance Record Intensive Care Unit Flow Sheet" used to chart the infusion of intravenous fluids and consider revising the form to ensure the ability of nurses to chart the hospital/serial numbers of any infusion pumps (or similar equipment) used to assist with the infusion of fluids and medications.

17. SBGH and the WRHA review the Intensive Care Unit Flow Sheet to determine if this sheet functions as a systematic checklist for hand-over or requires revision.

18. The pump serial number be recorded on the patient's medical chart to allow retrieval of a patient's medication infusion history.

19. The actual time of observation of a reading be recorded on a patient's medical chart.

20. Medications delivered to the SBGH Surgical Intensive Care Unit (SICU) be deposited either at the bedside of the patient after alerting the bedside nurse, or to a designated area at the nurses' front desk.

21. SBGH conduct a review to examine the feasibility of the SICU having its own exclusive pneumatic tube for delivery of medications.

22. SBGH and the WRHA consider establishing a satellite Pharmacy for the Critical Care Units at SBGH, similar to the one at the Health Sciences Centre, so as to provide "just in time" medications and so as to decrease any potential errors and delays in the delivery of medications and other dispensed items.

23. Pharmacies in the SBGH and the WRHA review the staffing patterns for their Pharmacies.

24. Pharmacy staff and the SICU staff at the SBGH and the WRHA continue to expand a shared model of care, such that there could be greater interaction among pharmacists, doctors and nurses in the SICU.

25. Pharmacy staff and the SICU staff at the SBGH and the WRHA consider that this expanded shared model of care be applied also in all the other Intensive Care Units.

26. Pharmacy of the SBGH and the WRHA review the use of multi-dose versus single dose medications.

27. Pharmacy of the SBGH and the WRHA review the policies and procedures for the dispensing of stock labeled "For Pharmacy Use Only".

28. Pharmacy of the SBGH and the WRHA complete and submit a "case report" to the Institute for Safe Medication Practices Canada (www.ismp-Canada.org).

29. Pharmacy of the SBGH and the WRHA review the policies and procedures for including instructions as to preparation (including dilution) and administration with any medication dispensed.

30. Departments governing physicians, the Pharmacy of the SBGH and the WRHA provide information to interns, residents and attending physicians as to the standard times when regularly scheduled medications are administered (unless otherwise ordered).

31. Departments governing physicians, the Pharmacy of the SBGH and the WRHA provide information to interns and residents working in the Intensive Care Units about how to order certain ICU-specific medications, especially if the medication is not commonly ordered.

32. WRHA and the SBGH review the use of the terms "millimoles" and "milliequivalents" in the ordering, labeling and description of medications and, in particular, consider whether it is appropriate to reference both terms in the ordering, labeling and description of medications.

33. WRHA and the SBGH continue to review and adopt a more standard format for orders for electrolytes, medications and fluids.

34. The standard format for orders for electrolytes, medications and fluids used in the SBGH be aligned with those used in the WRHA.

35. Recommendations from the Institute of Safe Medication Practices (www.ismp-Canada.org) be considered with respect to the format of orders for electrolytes, medications and fluids.

36. All medication administered to a patient be entered on the patient's chart.

37. No glass medication vials ever be deposited in the garbage at a hospital ward or unit.

38. SBGH and the WRHA consider reviewing the size and design of the small Sharps container kept at the bedside.

39. SBGH and the WRHA consider reviewing the size and design of the large Sharps container in Medication Rooms and in Dirty Utility Rooms.

40. All unused medications in vials or glass be discarded in a safe Sharps container.

41. High-hazard drugs in concentrated form be packaged in such a fashion so as to distinguish them from other vials and ampoules of medication.

42. There ought to be a clearly visible warning on such medications such as "DILUTE BEFORE USE" or "FATAL IF INJECTED UNDILUTED".

43. SBGH and the WRHA periodically review the guidelines currently in place with respect to the handling of concentrated potassium to ensure they are consistent with the ISMP Canada recommendations.

44. WRHA and the SBGH continue to carry out audits of all nursing units and pharmacy departments to ensure that there is compliance with the concentrated potassium guidelines.

45. WRHA and SBGH implement guidelines regarding the handling and administration of all drugs identified as high-hazard medications by ISMP Canada.

46. Pharmacy of the SBGH and the WRHA consider revisiting the decision to include potassium acetate in the Parenteral Drug Manual.

47. The process for alerting staff to critical blood results be reviewed by the WRHA.

48. SBGH and the WRHA review their protocol(s) currently in place throughout the region for investigating unexpected deaths and other adverse outcomes.

49. The protocol(s) ought to deal with the following:

a. how and when patients and personnel are to be safeguarded should there be an adverse event and/or outcome that affects or could affect them;
b. what equipment ought to be secured and how;
c. if equipment is secured, how and when that equipment should be tested before it is returned to service;
d. if equipment with memory is secured, how and when the memory should be downloaded, before the equipment is returned to service;

e. under what circumstances should syringes, vials and other items be saved and if saved, how and when they should be tested;
f. how and when to secure the environment in which the adverse event or outcome occurred, until the safety of other patients or personnel in the same environment can be secured.

50. The nurse in charge, if present in the hospital, remain on or return to her ward or unit when a resuscitation code is called.

51. All medical equipment used on a patient be included as part of the equipment seized in a death in a hospital unit due to accident, suicide, violence, homicide or unexpected or unexplained death.

52. SBGH and the WRHA review the systematic criteria for determining when an ICU review should be carried out and how quickly.

53. If there is not some form of systematic criteria, then consideration be given to either adopting or developing one.

54. A similar review be applied to the Operating Theatres and Recovery Rooms, the wards, and the Emergency Departments in the SBGH and the WRHA.

55. WRHA conduct educational seminars for all hospital staff to review the policy of prompt critical clinical incident reporting.

56. A critical clinical incident occurring in a hospital at any time of day or night be reported immediately to supervisory medical personnel.

57. The Clinical Risk Department of a hospital be immediately notified of any unexplained incident or occurrence.

58. In the identification of a critical incident at a hospital there must be an easy-to-use reporting system supported by appropriate policy and practice.

59. The creation at all hospitals of a critical incident database to help collate, analyze trends or causes and thereby improve patient safety.

60. WRHA continue to review its policy pertaining to the reporting of a Critical Clinical Occurrence.

61. SBGH and the WRHA consider setting up a healthcare safety investigation team to review adverse events and outcomes of a designated level of severity.

62. SBGH and the WRHA consider providing appropriate training to the individuals who will carry out healthcare safety investigations.

63. SBGH and the WRHA limit the individuals involved as healthcare safety investigators to those who do not carry any administrative responsibilities.

64. WRHA and the SBGH implement a policy setting out under what circumstances the police ought to be notified about an adverse outcome or event for the purpose of commencing a criminal investigation.

65. Province of Manitoba review the merit of including definitions of causes of death in *The Fatality Inquiries Act*.

66. WRHA develop informational material for staff on the topic of Critical Incident Reporting.

67. All hospitals implement protocol for initial response to unexplained or unexpected deaths or near-deaths, to include immediate notification to the CME and preservation of the scene.

68. A pre-designated individual be assigned to secure, preserve and record details of such an incident scene prior to the arrival of the investigative team or individual or the CME representative.

69. WRHA and SBGH continue in their efforts to establish a safety culture where patient safety is considered a core value and guiding principle throughout their organizations.

70. WRHA and SBGH continue their efforts to establish a reporting culture within their organizations. To this end, they ought to review their policies with respect to reporting critical clinical occurrences to clarify to staff that with limited exceptions, reporting will not lead to disciplinary responses nor impact negatively on performance appraisal, but will be used as a learning opportunity for the organization.

71. Government of Manitoba review the feasibility of the inclusion in *The Manitoba Evidence Act* of a provision to allow the creation of a Critical Incident Review Committee or similar entity with powers to interview, on a confidential basis, medical personnel, for safety investigations.

72. That the recommendations from this Inquest be distributed as widely as possible, at minimum:

a. through the Office of the Chief Medical Examiner to the other Chief Medical Examiners and Chief Coroners of Canada;
b. through the Council of Chief Executive Officers (or equivalent) of hospitals for the Province of Manitoba and for Canada;
c. through the Institute for Safe Medication Practices Canada (www.ismp-Canada.org);
d. through the Canadian Patient Safety Institute (www.cpsi-icsp.ca).

73. Attending staff of the SICU at SBGH consider submitting a report to the medical profession describing this case.

74. Pharmacy department of the SBGH or the WRHA complete and submit a case report to ISMP Canada.

CASE FILE NO. 0767/99

Cause of Death: Smoke Inhalation

Manner of Death: Accident

Circumstances: On the night of March 28, 1999, having consumed a large amount of alcohol and being intoxicated, Mr. Fiddler decided that he would walk from Wasagamack First Nation to the nearby community of St. Theresa Point. Band Constables intercepted Mr. Fiddler on the winter road and took him into custody pursuant to the Band Alcohol and Curfew By-laws. Mr. Fiddler was then transported to a building being used by the Band Constables as a police station and detention facility. While he was in custody, a fire started in his cell. The fire consumed the cell, and before he could be reached, it caused the death of Glenn Fiddler.

Judicial Recommendations:

Policing Services at Wasagamack

1) An agreement for a professional police agency at Wasagamack First Nation, negotiated between the Federal and Provincial Governments and Wasagamack First Nation under the First Nations Policing Policy (FNPP), would be a significant step in addressing the problems created by the Band Constable Program at Wasagamack First Nation. I recommend that the parties take immediate steps to initiate a negotiation process between the Provincial and Federal Governments and the First Nation to establish enhanced police services at Wasagamack First Nation.

2) It is critically important that while the Band Constable system continues, and as part of a new policing agreement and the transition to same when it does not, training of the police corps at Wasagamack First Nation is made mandatory, and of duration comparable to other professional police agencies, in order to provide a foundation for proper policing procedures. To the extent that this area will form part of the subject matter of negotiations between the Federal and Provincial Governments and Wasagamack First Nation to create enhanced policing services at Wasagamack First Nations under the FNPP, I strongly

recommend that the Provincial Government advance this position in the course of those negotiations.

3) It is critically important that while the Band Constable system continues, and as part of a new policing agreement and the transition to same when it does not, continuing training of the police corps at Wasagamack First Nation is made mandatory, to ensure that proper policing procedures are being followed, and that new developments in techniques and procedures are brought to the attention of First Nations police and incorporated by them. To the extent that this area will form part of the subject matter of negotiations between the Federal and Provincial Governments and Wasagamack First Nation to create enhanced policing services at Wasagamack First Nations, I strongly recommend that the Provincial Government advance this position in the course of those negotiations.

4) While the Band Constable Program remains in place, a regularized system of ongoing support and guidance for Band Constables from the RCMP and the Aboriginal Policing Directorate, in cooperation with the First Nation, is necessary to assist in the early identification of deficiencies, including those that might otherwise compromise public safety. As well, a policy and procedure manual for Band Constables (which currently does not exist) setting out standards with respect to performance is necessary to allow Band Constables to be evaluated against those standards.

5) There are two points with respect to the issue of police manpower at Wasagamack First Nation that are clear from the evidence heard at this Inquest. The first is that the number of Band Constables currently funded for policing at Wasagamack First Nation is completely inadequate, and must be increased to a level that permits the policing function to be performed in a safe, responsible, and professional manner.
The second is that the consultations and negotiations between the Federal and Provincial Governments and Wasagamack First Nation that will lead, amongst other things, to the increase of police manpower at Wasagamack First Nation must begin now. The inadequacies of the Band Constable program at Wasagamack First Nation have existed for far too long.

6) Part of the requirement of a professional police corps is sufficient funding to allow for salaries sufficient to attract competent candidates. It is important that while the Band Constable system continues, or as part of a new policing agreement and the transition to same when it does not, salaries for the police service at Wasagamack First Nation be raised to a level comparable to that of First Nations police operating under the FNPP elsewhere in Manitoba.

7) Given Wasagamack's isolated location, the role played by its Band Constables is often not limited to the investigation of summary conviction matters. It is axiomatic that police services, including First Nation police services, will have the authority in law to properly perform their duties. I recommend that while the Band Constable system continues, the conditions of Band Constable employment include eligibility for appointment as a peace officer by the Province of Manitoba.

8) Given Wasagamack's remote location, properly trained and supervised Band Constables must be provided with code-compliant facilities to safely detain prisoners until they can either be released back into the community or transferred to the custody of the RCMP. A First Nations police service ought not to have to choose between leaving detained persons in grossly unsafe or insecure conditions (as occurred in this case), and having prisoners left in a lobby, chained to a snowmobile, or taken along with police in the course of their investigations.

9) Assuming the creation of an approved detention facility at Wasagamack, a professional policing service in Wasagamack or, in the interim, properly trained and supervised Band Constables must be given the authority to detain prisoners onsite in Wasagamack.

10) Funding for a training program and compensation for civilian guards at Wasagamack First Nation is necessary to ensure that supervision of prisoners remains at a consistent and acceptable level of safety.

11) Wasagamack Band Constables or First Nations police, as well as their volunteer civilian guards, should receive training in basic firefighting procedures, as well as receive basic firefighting equipment, to allow early response to fires such as the one that took the life of Glenn Fiddler.

Fire Protection

12) It is clear that the Federal policy of voluntary inspection has the potential of allowing unsafe and dangerous conditions to exist undetected and unaddressed on First Nations. The creation of a fixed schedule of mandatory annual inspections for major Band-owned buildings on First Nations would prevent potentially critical inspections from being postponed, and would permit life-threatening code deficiencies to be identified and addressed on a timely basis, before harm is done. The details of the inspections (for example, whether they would be conducted by Labour Department personnel, representatives of the Manitoba Association of Native Firefighters, a Fire Services Officer from the Island Lake Tribal Council, the Wasagamack Fire Chief, or a combination thereof) should be a matter of negotiation between the First Nation and the Federal government.

13) Funding and training of the Wasagamack Fire Chief to conduct code inspections at Wasagamack, as a supplement to, but not a replacement for, code inspections conducted by Human Resources and Skills Development Canada, would both increase the frequency of inspections, and also provide the Federal department with a highly improved system of notification with respect to situations of imminent danger.

14) In addition to the requirement for mandatory, regularly scheduled building inspections, a system of mandatory follow-up of identified code deficiencies, along with penalties for non-compliance, would prevent serious code violations from remaining unaddressed.

15) It is my recommendation that a protocol be established with respect to the Provincial Fire Commissioner's office for cases in which that office is the sole governmental agency investigating a fire on First Nations land. The protocol would direct that all relevant fire-related issues be examined by that agency, including fire code compliance within the area of the fire, and that the Provincial Fire Commissioner's office establish a process that will allow it to share information acquired in the course of its investigation with its Federal counterparts.

16) Because of the ongoing presence and involvement of the RCMP in the community, the RCMP is uniquely positioned to both provide not only advice and guidance to the Band Constables with whom they work, but also to alert other Federal agencies to potential problems that fall under Federal jurisdiction within the community. A protocol for the sharing of information amongst Federal agencies, including with respect to manifest problems that impact upon safety and health such as those in this case, would provide an additional assurance that notice is provided to the agencies responsible for addressing them.

Fire Department

17) A key component of the restoration of Wasagamack's fire protection service will be the re-acquisition of its firefighting equipment, including an operational fire truck suitable for the terrain and location in which it will be used.

18) The creation of a communication system that permits immediate communication between police and fire services is an integral component of the reorganization of Wasagamack First Nation's emergency services.

19) It is clear, however, that restoration of fire protection services for Wasagamack First Nation is essential, and that the existing situation must be corrected. As an interim step, an allocation of emergency supplementary funding to Wasagamack First Nation to restore its Fire Department will address the immediate problem. Over the longer term, Wasagamack First Nation and DIAND must work together to attempt to identify additional funding sources within Wasagamack's budget to ensure a fully functioning Fire Department at Wasagamack.

20) It is critically important that the establishment of proactive monitoring and supervision of fire protection services is negotiated between Wasagamack First Nation, the Federal Government, and the Island Lake Tribal Council to ensure that professional standards, in particular with respect to equipment and resources, are maintained, and that the citizens of Wasagamack First Nation are protected.

21) Wasagamack First Nation Fire Department has an obligation of responsibility towards the citizens it is duty bound to protect. Once its services are restored, the bare minimum to be expected is that Wasagamack First Nation will take all appropriate steps within its control, including maintenance of its assets, to ensure that its assets and its citizens are protected.

22) Clearly, given the limited resources available to refurbish emergency services when they have been depleted, it is necessary not only that firefighting services in Wasagamack be restored, but that when they are restored, adequate security measures, and funding for those measures, are put in place to protect them.

CASE FILE NO. 1923/03

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: At approximately 0:35 a.m. on August 28, 2003, at Stony Mountain Institution, Stonewall, Manitoba, an inmate, Mr. Alan Nicolson, was found hanging in his cell from a ceiling metal conduit of his cell on Unit I (the mental health unit) cell A6-18. That cell block range was part of a "specialized" unit commonly called at the time the "mental health range" and was subject to regular range checks by correctional officers performed in the usual and ordinary course of their duties. The inmate involved in this suicide, Alan Nicolson, was 34 years of age at the time of death and was serving a four year, 2 month sentence for robbery.

Judicial Recommendations:

1) The immediate hiring of a registered psychiatric nurse, to be assigned to the institution's psychology department and made available for consultation with the contract psychiatrists.

2) Consultation by Stony Mountain administration with the psychology department with the goal to creating programming and to promote research with regards to mental health issues in an institutional setting; at a minimum to bring staffing levels back to pre-1997 levels.

3) Specialized training in suicide presentation and recognition as a mandatory component of all new hires for Correctional Officers.

4) Placement of an inmate into and out of the Mental Health Unit shall be based upon a full mental health review conducted by a qualified psychologist or psychiatric nurse. The reasons for the placement shall be documented.

5) Medical Records from Winnipeg Remand Center or other Correctional Facility should be remitted immediately upon the physical transfer of the inmate.

6) While in suicide watch inmates must have a 'healthier' environment. At a minimum they must be given something to do, in terms of recreational material, such as books, magazines, access to games, radio, stereo or television.

7) All ceiling fixed metal electrical conduits be recessed and covered with a barrier to prevent use as a fixed point for hanging any material.

CASE FILE NO. 1538/03

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: The deceased came to his death as a result of suicide by hanging at the age of 32 in his cell at Stony Mountain Institution in Stonewall, Manitoba. His suicide by hanging took place in his cell, A7-7 of Unit 1, commonly known as the "mental health unit", at Stony Mountain Institution at approximately 4:20 a.m. on June 29th, 2003. While conducting an institutional count, a correctional officer found Mr. Lagimodiere hanging from the bars in his cell. The correctional officer immediately called for assistance and three other correctional officers responded to the area. The cell was opened and Mr. Lagimodiere was found to have used a blanket to wrap around the bars of his cell and then around his neck. He was slumped down with one foot still on the ground and had asphyxiated himself. He was cut down with a rescue knife and placed on his bed. Resuscitation attempts were made utilizing CPR and a ventilator bag, without success.

Judicial Recommendations:

1) The immediate hiring of a registered psychiatric nurse, to be assigned to the institution's psychology department and made available for consultation with the contract psychiatrists.

2) Consultation by Stony Mountain administration with the psychology department with the goal to creating programming and to promote research with regards to mental health issues in an institutional setting; at a minimum to bring staffing levels back to pre-1997 levels.

3) Specialized training in suicide presentation and recognition as a mandatory component of all new hires for Correctional Officers.

4) A formalized process of referral where outside persons, such as family, are able to have concerns pertaining to the physical and mental well-being of an inmate addressed and documented.

CASE FILE NO. 2705/02

Cause of Death: Bilateral subdural hematoma

Manner of Death: Undetermined

Circumstances: Leon Herman Bighetty was taken to the Main Street Project ("Project") at 75 Martha Street in Winnipeg at 5:30 p.m. on November 20, 2002 by two Winnipeg Police Officers who believed he was intoxicated. He was detained in a cell at the Project under *The Intoxicated Persons Detention Act*, C.C.S.M., c. I90(IPDA).The Project has been designated as a place of detention under that legislation. Some thirteen hours later staff tried to wake Mr. Bighetty up for discharge. They found him to be completely unresponsive. An ambulance was immediately called and Mr. Bighetty was promptly transported to the Health Sciences Centre (HSC). It was discovered there that he was suffering from two subdural hematomas. Toxicology results showed no evidence of alcohol or drugs in his system, but due to the length of time in the Project, it is possible that it had cleared his system by the time he arrived at HSC. Surgery was performed to relieve the pressure on his brain caused by the hematomas. Mr. Bighetty remained in a coma for six days and was pronounced dead on November 27, 2002. He was 32 years of age.

Judicial Recommendations:

(1) At least five of the twenty cells should have video monitors for those clients at risk of self harm or who otherwise need closer supervision due to questionable consciousness or otherwise. This was previously recommended by Judge Howell, and should be a priority. Given that the administration of Intoxicated Persons Detention Act (IPDA) is assigned to the Minister of Justice, the Provincial Department of Justice should provide the one-time funding for this expenditure.

(2) All existing Project staff be provided with and required to undertake Emergency Medical Responder training within the next 18 months.

(3) New staff recruits must have Emergency Medical Responder training as a minimum qualification.

(4) A sustainable budget should be provided to the Project for ongoing staff training.

(5) The effectiveness of all of the recommendations depends on retaining and recruiting skilled and caring staff. The current pay levels clearly fail to adequately reflect the skill, effort, responsibility and new training required and need to be improved through enhanced grants and per diem rates.

(6) The Project should update the admission process intake form to include a detailed protocol or medical checklist with all parts required to be filled out. The checklist used for staff at the Winnipeg Remand Centre attached as Appendix IV should be considered and adopted or amended. Every admission should be considered as someone who may suffer from a potentially serious medical condition, such as a head injury, diabetes, susceptibility to seizures, drug overdose, epilepsy or stroke. The intake form should include questions related to these risk areas.

(7) Simple indicators of level of consciousness must be included in the checklist as a baseline on intake, so that subsequent checks can determine if level of consciousness is increasing or not. The attached Appendix IV, "Assessing Prisoner Responsiveness", can be used as a starting point and adapted as prudent.

(8) The checklist should be prepared in consultation with a physician with expertise and experience in emergency medicine, who will assess whether or when pupil checks and similar exams should be included.

(9) If the inmate is too intoxicated or violent to allow completion of the checklist, this should be noted. Such a person may need to be sent to hospital or placed in a cell at IPDA with video monitoring. An effort to obtain the missing information should be made as soon as is reasonably possible.

(10) Staff on duty for IPDA admissions should be computer literate, so as a person is admitted, file information related to health concerns is readily obtained.

(11) If possible, admissions to IPDA should be done by experienced regularly employed staff, rather than casual staff. The intake process is a very important triage process for determining whether an individual be sent to hospital or not for clearance.

(12) Any person known or suspected to have a head injury other than an obviously superficial scratch or abrasion is not to be admitted to the Project unless medically cleared by a physician. Staff should be provided with regular training to recognize indicators of possible head injuries.

(13) Any person known to be an insulin dependent diabetic should not be admitted to the Project unless medically cleared by a physician.

(14) Any person known or suspected to be subject to frequent or recent seizures may not be admitted to the Project unless medically cleared by a physician.

(15) Any person believed to be a non-insulin dependant diabetic who is detained shall have their blood glucose level checked as frequently as indicated by a protocol to be developed in conjunction with a medical doctor with appropriate expertise in the area.

(16) The supervisor on duty should always be consulted before any person unable to walk unaided is admitted. The Project should seek direction from a qualified specialist as to under what circumstances such a person can or should be admitted and what special precautions should be taken including the frequency of attempts to rouse such an individual. These should be incorporated into the admission checklist and observation protocols.

(17) Not less than every two hours, staff should take steps to rouse all clients detained under IPDA, and apparently sleeping, to assess their level of consciousness. A simple protocol should be developed in consultation with a medical doctor, which will allow staff to assess the level of consciousness compared to intake and the previous rousing. If the level of consciousness is not showing the type of improvement expected, the client should be sent to the hospital.

(18) Given the greater staff demands and safety issues presented by the two hour rousing, funding needs to be adjusted so there are two staff members on duty in the IPDA area at all times.

(19) The Winnipeg Police Service (WPS) should remain at the Project after admitting an individual for a brief time if requested to act as backup to the Project staff who are attempting to rouse other clients previously admitted for the level of consciousness checks, in case of violence. If after a trial period this does not prove workable, some other means of assuring staff safety during rousing should be developed. A lone staff member should never attempt to rouse a client unless the client has a history with the Project of consistent non-violence.

(20) If an individual has been detained for six hours, staff should be required to completely wake the client to make sure the person can talk and is appropriately aware of his/her situation. A simple protocol and checklist should be developed for this purpose.

(21) After the six hour check, the two hour checks should continue in the event the person is not ready or able to be discharged after six hours.

(22) The 15 minute rounds of visual inspection for obvious signs of distress should continue.

(23) The exercise of preparing the protocols and checklists referred to in paragraphs 6 to 8, 16, 17 and 20 should be appropriately funded by a grant from the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) and the City of Winnipeg.

(24) A highly skilled nurse practitioner, similar to those employed in northern nursing stations, comfortable with the caring philosophy of the project, should be on staff at the Project and available for admissions and consults on IPDA clients, and to provide nursing care in other areas of the Project at all times. As a start, and at a minimum, such a nurse practitioner should be available daily from 8:00 p.m. to 5:00 a.m. beginning with the next fiscal year (as of April 1, 2006). The costs should be shared by the City of Winnipeg (through increase of per diem rates or otherwise), the WRHA and the Department of Justice, unless otherwise agreed. Depending on the skill and experience of the nurse, some of those who otherwise would immediately be sent to hospital under paragraphs 12 to 16 above or otherwise may perhaps remain under close monitoring by the nurse who can assess on an ongoing basis the need to send them to hospital.

(25) For times when a nurse is not on staff at the Project, the possibility of on call systems such a requesting a nurse from the Winnipeg Remand Centre or other nearby health facility to attend for a consultation should be investigated by the Project.

(26) Downtown Biz should update their policies to deal with persons who are conscious, persons who are unconscious and persons of questionable consciousness. The materials should also be updated to caution that symptoms similar to intoxication can result from subdural hematomas from a head injury including one with no visible signs, or diabetic conditions. In addition, the materials should caution that alcohol may mask diabetes, head injury including subdural hematoma, drug overdose, epilepsy or stroke.

(27) Downtown Biz should not be authorized to detain individuals under IPDA without training to deal professionally and safely with such individuals, and only after consultation with the Project's executive director.

(28) WPS officers should have specific training on head injuries and the fact that those with substance abuse problems face an increased risk of subdural hematomas and the fact that symptoms of a subdural hematoma can be similar to that of intoxication. When this can be safely done, members should follow procedures similar to those set out in RCMP

operational manual "Assessing Prisoner Responsiveness" attached as Appendix IV to this document.

(29) The College of Physicians and Surgeons, after consulting with a physician with appropriate expertise, should issue an advisory or reminder to physicians to the effect that when a chronic alcoholic or solvent abuser complains of a headache, a head injury or subdural hematoma be suspected as a possible cause regardless of the alcoholic's inability to relate that an injury has occurred, even where a neurological exam may be normal, and that the patient should be cautioned accordingly.

(30) The Medical Director of the Winnipeg Remand Centre should develop and implement a policy for periodic rousing of apparently intoxicated individuals to assess level of consciousness to ensure that the apparent intoxication is not masking some other health problem. (The same should apply to the Manitoba Youth Centre as well as the Rosaire Centre if such policies do not exist there.)

(31) That the Minister of Health for the Province should set up an in province adult facility for the treatment of those addicted to inhalants.

CASE FILE NO. 0464/02 & 0329/02

Cause of Death: Draper, Laura Lee (Anoxic brain injury due to agitated delirium)
Gill, Randy (Agitated delirium due to cocaine overdose)

Manner of Death: Accidental

Circumstances: On February 23, 2002, shortly after returning home, Laura Lee Draper ran outside without a coat, behaving in an agitated, disorderly manner. She was subsequently admitted into a residence after telling the homeowner that someone was trying to kill her. The Winnipeg Police were called. Upon arriving at the scene, Ms. Draper, whose behaviour had become more erratic and violent, was being restrained by the homeowners. Ms. Draper was apprehended by the police, but suffered a cardiac arrest before the ambulance arrived. Despite resuscitation efforts, Ms. Draper sustained anoxic brain injury and was declared brain dead.

Mr. Randy Gill, age 45 years, of Winnipeg MB, died at the Health Sciences Centre on February 10, 2002 after he became unresponsive while members of the Winnipeg Police Service were attempting to subdue him and place him in an ambulance. Prior to his apprehension, Mr. Gill, who was observed to be behaving in a bizarre fashion, had hurled himself through a plate glass window of

a shop on Arlington Street. An autopsy confirmed Mr. Gill died as a result of agitated or excitable delirium due to cocaine use.

Judicial Recommendations:

1) While always a difficult diagnosis to make, when it comes to emergency responders (police, first responders and paramedics) there is a continuing need for the most comprehensive distribution possible concerning information about excitable delirium. Such information may come from existing training manuals, videos and/or formal policies. All emergency services must remain vigilant to ensure that in this regard, their policies and training manuals are kept up to date and regularly monitored by employees.

2) The issue of police response and restraint in cases of excitable delirium be made a subject for future police training sessions relating to "use of force".

CASE FILE NO. 2637/01

Cause of Death: Gunshot wound

Manner of Death: Homicide

Circumstances: On November 5, 2001 Donald Miles was drinking heavily. He got involved in a confrontation with another individual who had apparently stolen some of Mr. Miles' stereo equipment. Mr. Miles went into his residence and retrieved two knives and a broken table leg and began to pursue this individual. After exiting his residence he was spotted by police who were monitoring the area. The officers got out of their vehicle and repeatedly warned Mr. Miles to drop the knife that he was wielding. The police were unable to get Mr. Miles to drop his knife. He lunged at one of the police officers with the knife and was shot by the other police officer.

Judicial Recommendations:

1. That the Winnipeg Police Service deploy taser guns in a manner assuring that all general patrol police cruisers are equipped with them.

2. That prior to such deployment, the Winnipeg Police Service train all members in the use of taser guns as an intermediate force weapon to be used appropriately only in accordance with the Winnipeg Police Service Use of Force Continuum.

3. That the Winnipeg Police Service carefully monitor the use by its members of taser guns, after deployment of them as recommended above, to determine that they can be used safely by members of the Winnipeg Police Service; and to determine whether or not the taser's present status on the Winnipeg Police Service Use of Force Continuum as an "intermediate" weapon should be changed.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002* **	24	22	46
2003* **	25	18	43
2004* **	20	22	42
2005* **	30	24	54
Total	**300**	**237**	**537**

* A 'Child in Care' is defined in s.10 (1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

***Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> If the chief medical examiner receives an inquiry report about a deceased child who, at the time of death or within the one year period before the death,
>
> > (a) was in the care of an agency as defined in *The Child and Family Services Act*; or
> > (b) had a parent or guardian who was in receipt of services from an agency under *The Child and Family Services Act*;
>
> the chief medical examiner shall assess the quality or standard of care and service provided by the agency by
>
> > (c) examining the records of the agency respecting the child and the parent or guardian; and
> > (d) reviewing the actions taken by the agency in relation to the child and the parent or guardian.

In accordance with *subsection 10(5)*, the Chief Medical Examiner (CME) may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under *subsection 10(3)* in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS IN *SECTION 10* REPORTS

In addition to the 16 reports (concerning 16 children) in which the CME made 33 recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 13 children (encompassing 13 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in these 13 reports with respect to the services provided by the Agencies[1] concerned.

The following recommendations from 29 reports have been combined into categories.

	No.	Totals
Office of the CME		
(These recommendations deal with services to the Office of the Chief Medical Examiner.)		
That the Child Protection and Support Branch, an Authority and/or an Agency ensure that information is provided to the OCME as requested.	2	
		2
Agency and Branch Case Management		
(These recommendations refer to an Agency or Branch's services in general.)		
That an Agency ensure recordings are completed and files maintained in accordance with provincial standards.	2	
That an Agency develop a tool to evaluate outcomes of service to ensure that risk has been sufficiently lowered to permit the safe return of children to their families.	1	
That an Agency and the appropriate Authority ensure that casework meets the provincial program standards for assessment, planning and evaluation.	1	
That an Agency and Authority ensure family support recordings are provided regularly and without the need for the caseworker to request them.	1	
		5
Agency and Branch Staffing Issues		
That an Agency review with its staff the identification of neglect, its effect on outcomes for children and remedies in *The Child and Family Services Act*.	2	
		2
Agency and Authority or Branch Actions in Abuse and Neglect Cases		
(These recommendations refer to specific cases or to practice in general.)		
That an Agency's Child Abuse Committee review the outcome of a child abuse investigation and consider placement of an individual on the Child Abuse Registry.	2	
That an Agency assess the living situation of a family of children to ensure they are safe and living in a stable home.	1	
That an Agency review with its staff the mandate to protect children denied the proper medical or other remedial care or treatment necessary for their health or well-being.	1	
That the conduct of a particular case be reviewed by the Agency and Authority	1	

[1] Winnipeg Child and Family Services Agency is now known as the Winnipeg Child and Family Services Branch of Winnipeg, Rural and Northern Child and Family Services, Manitoba Family Services and Housing. The province's child welfare offices are also referred to as "agencies".

with respect to case management, risk assessment and safety assessment.

That an Agency and Authority develop protocols for case management when one parent is on the Child Abuse Registry. 1

That an Agency and Authority ensure the maltreatment of children is named completely and accurately in its files. 1

That an Agency and Authority ensure the local Child Abuse Committee is made aware of persons listed on the Child Abuse Registry as per regulations. 1

That an Agency ensure its management team is made aware of professionals expressing concern about potentially dangerous persons and that actions taken are recorded in the file. 1

9

Agency and Authority or Branch Actions in Specific Cases

(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)

That an Agency and Authority ensure that a parent's history of offending is completely and accurately recorded in the file. 1

1

Children in Care

(These recommendations are specific to Agency service to children in foster care.)

That the Branch and the Authority review the licensing of a particular foster home to determine if it is suitable for high needs children 2

That an Agency and an Authority ensure that children are placed in foster homes operated in accordance with provincial standards for quality of care, safety and supervision. 1

3

Provincial and Authority Actions

That the Child Protection Branch ensure that the Child and Family Services Information System and the Intake Module incorporate easily accessible and highly visible warnings of violence to protect workers and others. 2

That the Child Protection Branch share a report with another Authority due to concerns about violence to workers and the level of risk regarding children. 1

That the Child Protection Branch ensure that an Agency has accepted and acted on a referral from another Agency. 1

That two Authorities ensure a joint child welfare program meets provincial standards for case monitoring and file closing. 1

5

Inter-Agency/Branch Actions

That an Agency make a referral to another Agency concerning a surviving sibling. 1

1

Agency/Branch Contacts and Actions Regarding Collateral Services

(These recommendations refer to interactions with other service providers.)

That an Agency ensure service agreements with collateral service providers involving ongoing monitoring of familes are recorded in the closing summary prior to file closure and that a copy of the monitoring agreement is placed on the file. 1

That a licensing Agency review with a community organization the suitability of a home licensed as a Place of Safety. 1

That a licensing Agency ensure documentation on a home sponsored by a community agency is complete prior to issuing a license.	1	
		3
Province-Wide Actions Concerning Services		
(These recommendations suggest province-wide changes to the child welfare system.)		
That the Minister relieve Child and Family Services of the responsibility for monitoring placements at a particular facility unless there are other reasons for child welfare involvement with the families in question.	1	
That the Child Protection Branch develop provincial criteria for providing service to families referred for service due to multiple births.	1	
		2
Total		**33**

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088
Fax: 204-945-2442

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website.
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest reports.html

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2005

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2005

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	3
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2005	6
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	9
Homicides	9
Suicides	10
Morts accidentelles	12
Morts dont la nature est inconnue	13
Morts naturelles	14
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	15
Résumé des morts d'enfants	15
Syndrome de mort subite du nourrisson	16
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	17
Enquêtes	20
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2005	21
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	43
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille et du Logement en 2005	44

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster en 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête du coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou des homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales.* Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales.*

La Loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury. Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les Offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,17 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 14 employés permanents : un directeur, six enquêteurs auprès du médecin légiste, deux enquêteurs spéciaux chargés d'examiner les SEF, un statisticien et quatre employés de soutien. On a recours aux services de 23 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement. Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson,

les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface, à Winnipeg. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2005, 5 925 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 60 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont

fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS - 2005

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	**1 568**
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	**4 357**
Total	**5 925**

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1991 À 2005

ANNÉE	TOTAL
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567
2000	5 590
2001	5 804
2002	5 935
2003	5 963
2004	5 977
2005	5 925

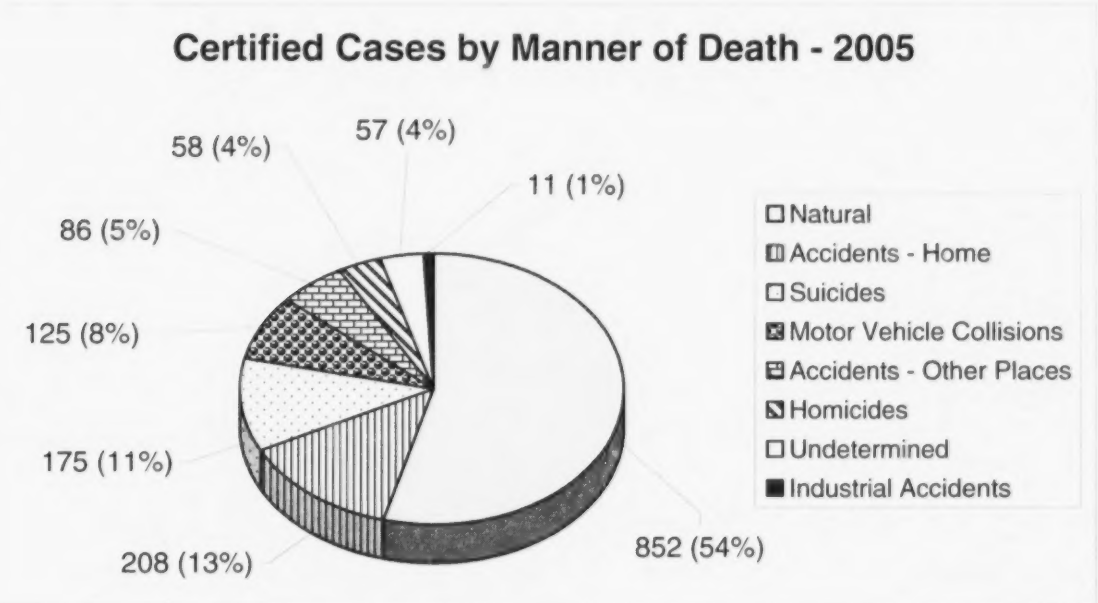
Nota – Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluent pas certains cas

n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	RÉGION URBAINE	RÉGION RURALE	TOTAL
Cause naturelle	3 687	1 518	5 205
Accidents au domicile	161	47	208
Accidents de la route	49	76	125
Accidents hors du domicile	44	42	86
Accidents au travail	5	6	11
Suicides	99	76	175
Homicides	35	23	58
Cause inconnue	41	16	57
TOTAL	**4 121**	**1 804**	**5 925**

Nota – Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».



Nota : Les cas attestés ont fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste.

CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	29	6	35
Région rurale	15	8	23
Total	**44**	**14**	**58**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

	Âge							
Méthode	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60 et +**	**Total**
Arme à feu	0	3	2	4	2	1	3	15
Arme contondante, violence	0	5	1	7	2	1	1	17
Arme tranchante, coupure	0	6	4	5	4	1	1	21
Enfant battu / syndrome du nourrisson secoué	3	0	0	0	0	0	0	3
Autre	0	0	1	1	0	0	0	2
Total	**3**	**14**	**8**	**17**	**8**	**3**	**5**	**58**

SUICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	76	23	99
Région rurale	63	13	76
Total	**139**	**36**	**175**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	Âge									
Sexe	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**> 80**	**Total**
Homme	1	18	31	18	33	20	7	10	1	139
Femme	0	12	4	10	6	3	0	1	0	36
Total	**1**	**30**	**35**	**28**	**39**	**23**	**7**	**11**	**1**	**175**
Taux par 100 000 hab.	**1,30**	**17,61**	**22,55**	**18,06**	**21,22**	**15,28**	**7,52**	**15,91**	**2,05**	**14,91**

Nota – Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2005 (Rapport sur la population du Manitoba: 1er juin 2005).

MÉTHODE DE SUICIDE

Méthode	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage du total
Pendaison/ strangulation	76	21	97	55,4 %
Armes à feu	29	1	30	17,1 %
Surdose de drogue	14	9	23	13,1 %
Oxyde de carbone	5	2	7	4,0 %
Saut dans le vide	4	1	5	2,9 %
Autre	11	2	13	7,4 %
Total	**139**	**36**	**175**	**100 %**

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	7	8	15
Février	6	5	11
Mars	6	5	11
Avril	8	6	14
Mai	9	7	16
Juin	9	4	13
Juillet	9	11	20
Août	9	6	15
Septembre	10	5	15
Octobre	12	3	15
Novembre	7	7	14
Décembre	7	9	16
Total	**99**	**76**	**175**

DÉCÈS ACCIDENTELS

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Total des décès
Secteur de la construction	0	1	1
Secteur agricole	1	2	3
Secteur des transports	1	2	3
Secteur des communications	1	0	1
Autre	2	1	3
Total	**5**	**6**	**11**
Au domicile			
Chute	115	23	138
Surdose (drogue ou alcool)	29	12	41
Inhalation de fumée	7	3	10
Asphyxie	1	5	6
Noyade	0	1	1
Inhalation/respiration de substances	0	1	1
Brûlure/ébouillantage	1	0	1
Crise de restaurantose	1	0	1
Autre	7	2	9
Total	**161**	**47**	**208**
Ailleurs			
Chute	17	6	23
Noyade	2	19	21
Exposition	2	5	7
Empoisonnement au CO	2	0	2
Reliés aux animaux (non automobiles)	0	2	2
Avions	0	1	1
Chutes d'objets	0	1	1
Crise de restaurantose	1	0	1
Autre	20	8	28
Total	**44**	**42**	**86**
Total, accidents non routiers	**210**	**95**	**305**

Accidents de la route	Région urbaine	Région rurale	Total des décès
Un seul véhicule	20	40	60
Deux véhicules	10	19	29
Véhicule et piéton	8	5	13
Motoneige	1	3	4
Animal et véhicule	1	2	3
Véhicule tout terrain	3	0	3
Véhicule et cycliste	2	0	2
Véhicule et train	0	2	2
Motocyclette	1	1	2
Véhicule et objet fixe	1	0	1
Mini vélo, moto hors toute	1	0	1
Plusieurs véhicules	0	1	1
Autre	1	3	4
Total, accidents de la route	**49**	**76**	**125**
Total, accidents non routiers	**210**	**95**	**305**
Total, morts accidentelles	**259**	**171**	**430**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Homme	Femme	Total
Surdose (drogue ou alcool)	13	18	31
Aucune cause physique connue	5	4	9
Syndrome de mort subite du nourrisson	1	1	2
Mort subite du nourrisson inexpliquée	2	1	3
Blessures multiples	1	1	2
Chutes	1	1	2
Blessures à la tête	1	0	1
Noyades	1	0	1
Inhalation de fumée	1	0	1
Autre	3	2	5
Total	**29**	**28**	**57**

MORTS NATURELLES

Décès attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Maladie du cœur	350	151	501
Maladie pulmonaire	49	48	97
Hémorragie	53	40	93
Postopératoire	17	10	27
Cancer	11	5	16
Peropératoire	4	2	6
Péritonite	1	4	5
Cirrhose	1	4	5
Cause non déterminée	4	0	4
Sida	2	1	3
Naissance prématurée	1	2	3
Épilepsie	0	2	2
Méningite	1	0	1
Autre	45	44	89
Total	**539**	**313**	**852**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	5	5	10
De 1 à 9 ans	2	2	4
De 10 à 19 ans	5	3	8
De 20 à 29 ans	8	2	10
De 30 à 39 ans	18	9	27
De 40 à 49 ans	60	23	83
De 50 à 59 ans	115	45	160
De 60 à 69 ans	109	59	168
De 70 à 79 ans	141	70	211
De 80 à 89 ans	66	74	140
De 90 à 99 ans	10	21	31
Total	**539**	**313**	**852**

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

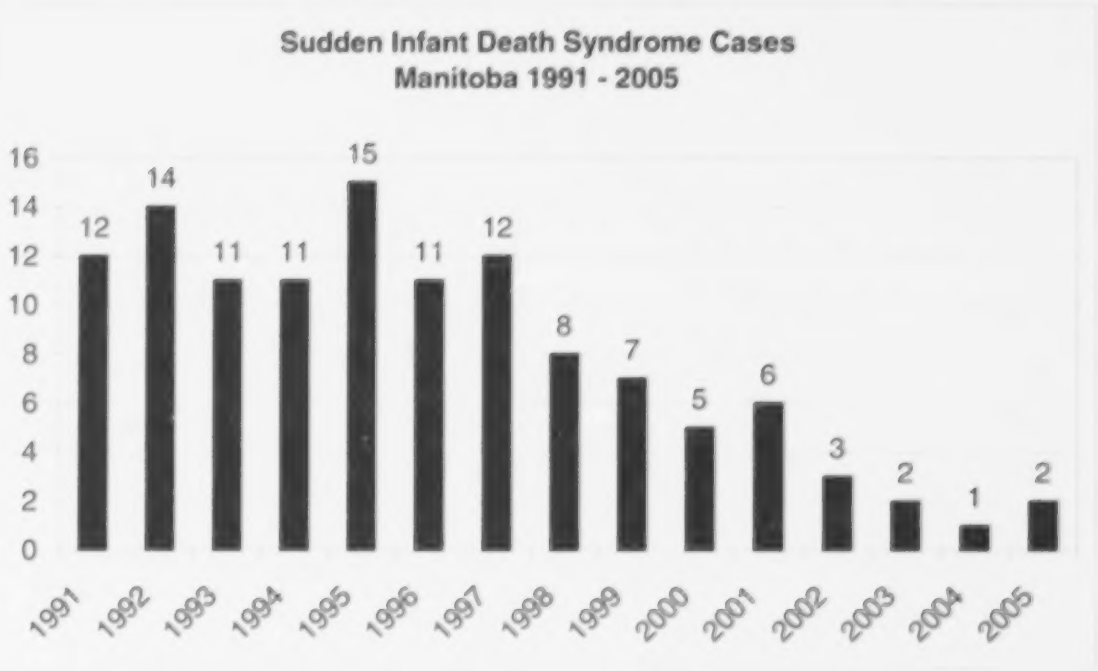
Nature du décès	Hommes	Femmes	Total
Causes naturelles*	856	1797	2653
Causes naturelles**	48	67	115
Accidents au foyer	26	46	72
Accidents hors du foyer	1	1	2
Accidents de la route	1	1	2
Total	**932**	**1912**	**2844**

* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.
** attestés par un médecin légiste.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

Nature du décès	Garçons	Filles	Total
Causes naturelles*	11	10	21
Causes naturelles**	43	44	87
Suicides	13	12	25
Accidents de la route	10	4	14
Homicides	8	3	11
Accidents hors du domicile	7	3	10
Cause inconnue	7	2	9
Accidents au domicile	4	0	4
Total	**103**	**78**	**181**

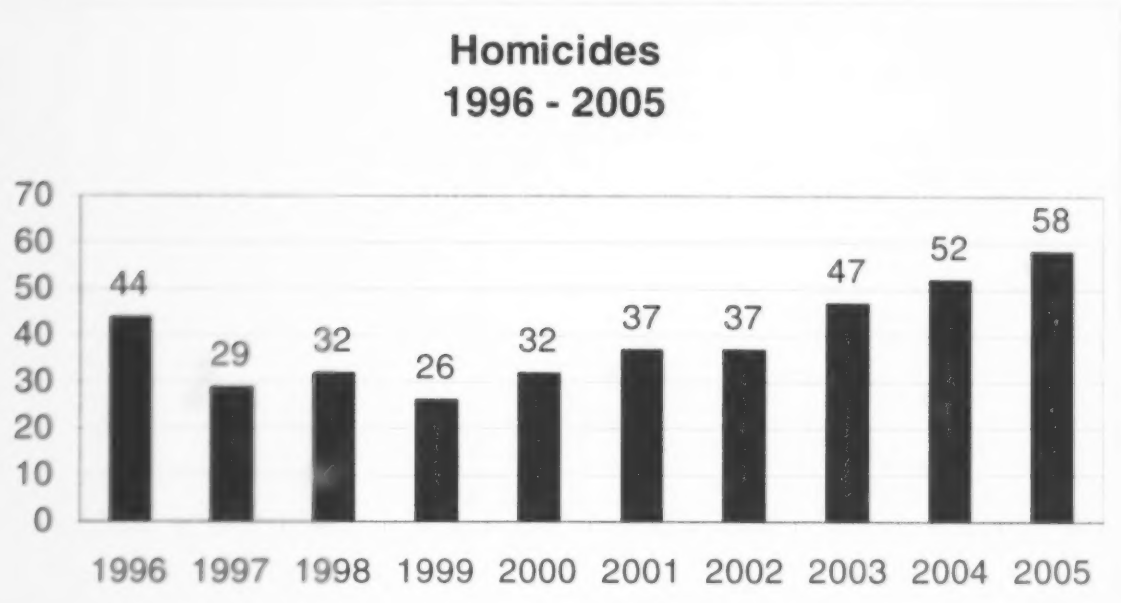
Nota : 2 cas de mort subite du nourrisson sont inclus dans la catégorie causes inconnues.
* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.
** attestés par un médecin légiste.

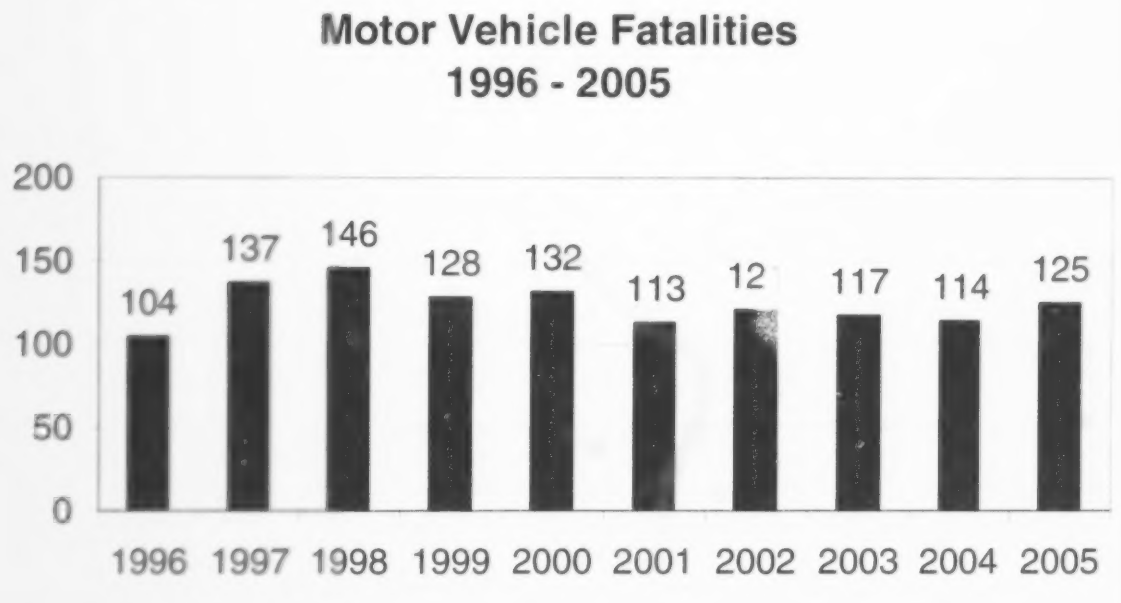


SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON AU MANITOBA EN 2005

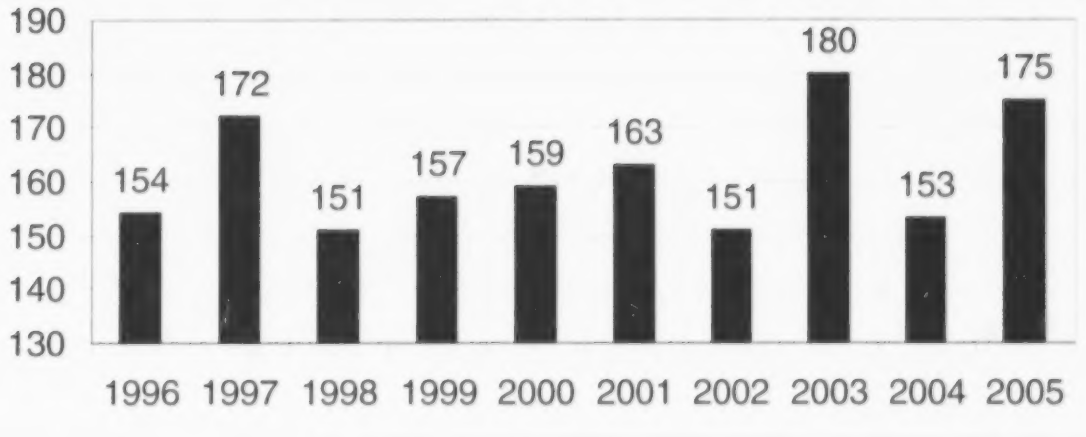
Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	0	0	0	0
Février	0	0	0	0
Mars	0	0	0	0
Avril	0	0	0	0
Mai	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0
Juillet	0	0	0	0
Août	0	0	0	0
Septembre	0	1	0	1
Octobre	1	0	0	1
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
Total	1	1	0	2

NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
EXAMEN DE LA DÉCENNIE

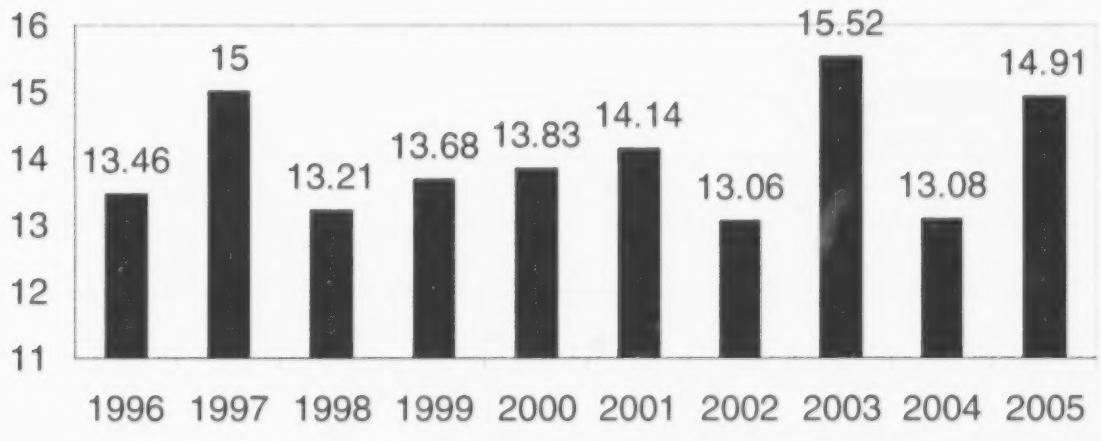


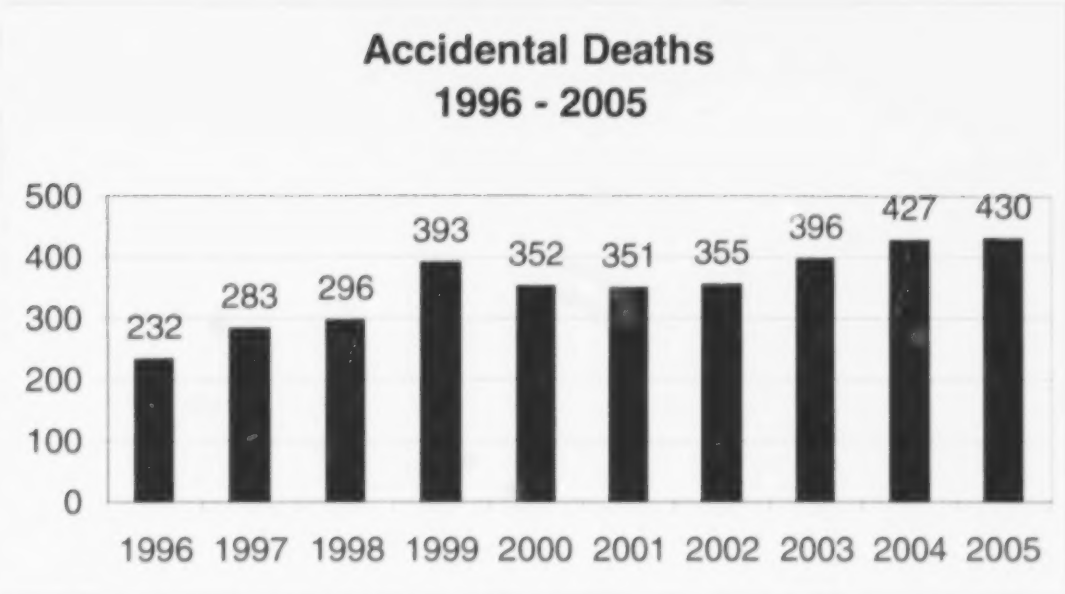


Suicides
1996 - 2005

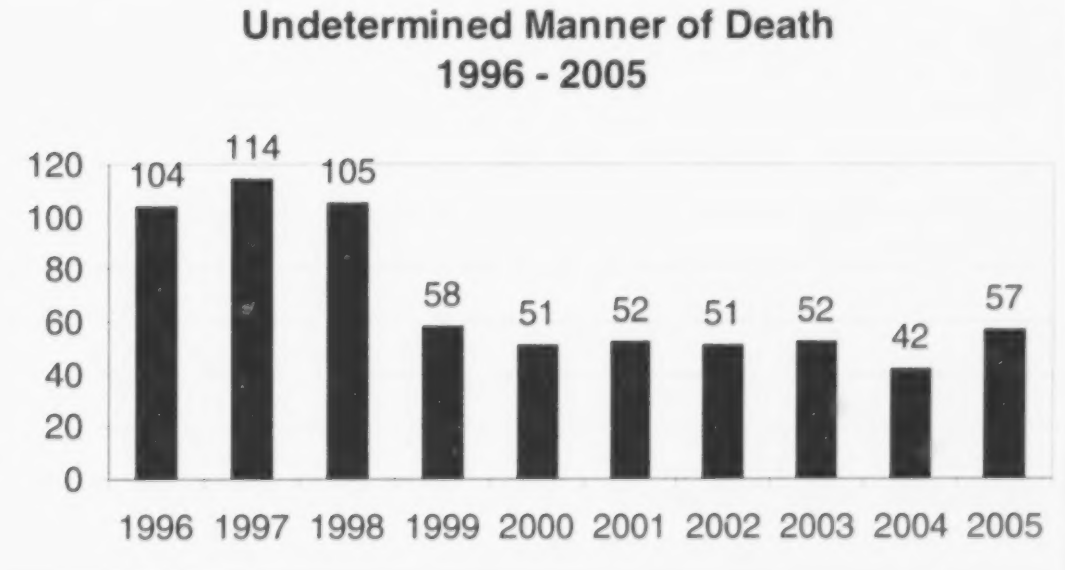


Suicide Rate Per 100,000 Population
1996 - 2005





Nota – À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite d'une chute, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2004	9
Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1er janvier au 31 décembre 2005	7
Rapports d'enquête soumis du 1er janvier au 31 décembre 2005	8
Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2005	8

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier au 31 décembre 2005)

Travail	Accident	1
	Total	**1**
Médicale	Homicide	1
	Total	**1**
Policière	Cause inconnue	1
	Homicide	1
	Accident	1
	Total	**3**
Vie en établissement	Accident	1
	Suicide	2
	Total	**3**

TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2005 **8**

Résumé des recommandations des rapports d'enquête présentés en 2005

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du Gouvernement du Manitoba **www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html**

DOSSIER DE CAS N° 0205/02

Cause du décès : Asphyxie

Nature du décès : Accident

Circonstances : Le 25 janvier 2002, Calvin Sean Wood conduisait un camion de cinq tonnes sur la glace du lac Island. Il travaillait aux premières étapes de la construction d'un tronçon du système de routes hivernales de glace sur le lac, près de la communauté où il vivait, Wasagamack. Son travail consistait à retirer la neige du parcours prévu pour la route, à l'aide d'un chasse-neige installé à l'avant de son camion. Le camion a défoncé la glace et Calvin Wood s'est noyé.

Recommandations judiciaires :

À la lumière des renseignements obtenus lors de l'enquête concernant le décès de Calvin Wood, il semble que des changements importants pourraient être apportés au mode de construction des routes de glace, afin de réduire les risques inhérents à ce type de projet :

1. Qu'une formation en règle soit donnée à tous les travailleurs participant à la construction et à l'entretien des routes hivernales de glace.

2. Que les entrepreneurs participant à la construction et à l'entretien des routes hivernales de glace établissent un programme de sécurité répondant à des critères désignés.

3. Qu'un comité soit créé pour passer en revue et mettre à jour les lignes directrices en matière de routes hivernales de glace, et faire des recommandations au gouvernement quant à l'adoption de règlements impératifs concernant la construction et l'entretien de ces routes. Ce comité doit se réunir régulièrement afin de discuter de questions de sécurité, de méthodes de construction et d'entretien, des types d'équipement utilisés, et pour faire des recommandations concernant tout nouvel équipement disponible ou modification de l'équipement courant. Le comité devra recevoir les ressources lui permettant de retenir les services de spécialistes en matière de sécurité et d'ingénierie pour la construction et l'entretien des routes hivernales.

4. Que ce comité examine de manière précise si le facteur sept de la formule de sécurité or A est adéquat, et fasse des recommandations spécifiques visant à le maintenir ou à le fixer à un niveau de sécurité supérieur.

5. Que tout employé participant à la phase de construction des routes hivernales porte un vêtement de flottaison individuel recommandé par le comité des routes hivernales.

6. Lors de la construction de routes hivernales, que tout l'équipement de déneigement soit accompagné par des véhicules pilotes adéquatement équipés, pendant toute la période durant laquelle l'équipement de déneigement se trouve sur la glace.

7. Que le réapprovisionnement en carburant d'équipement de déneigement se trouvant sur la glace soit interdit.

8. Que les opérateurs des véhicules de déneigement et des véhicules pilotes qui les accompagnent soient munis de téléphones satellites ou d'équipement ayant des capacités équivalentes.

9. Que tout l'équipement utilisé lors de la construction et de l'entretien des routes hivernales ait, affiché bien en évidence dans la cabine ou sur la porte extérieure du véhicule, le poids brut (incluant le carburant, le véhicule et l'équipement qui y est fixé) et l'épaisseur de glace bleue claire requise pour soutenir un tel véhicule.

10. Que des panneaux officiels de circulation routière soient affichés bien en vue à tous les points d'entrée des routes hivernales en construction, avertissant des dangers de l'utilisation de la route avant son ouverture officielle.

11. Que le contremaître ou le chef de chantier de l'entrepreneur avertisse le ministère par écrit avant d'entreprendre le déneigement en vue de la construction de toute portion désignée d'une route hivernale.

DOSSIER DE CAS N° 0021/02

Cause du décès : Hyperkaliémie

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Le 4 janvier 2002, alors qu'elle était patiente à l'Unité des soins intensifs chirurgicaux de l'Hôpital général de Saint-Boniface, Ettie June Morris, âgée de 83 ans, est morte à la suite de l'injection d'une dose excessive non prescrite de solution contenant du

potassium. Le jour avant son décès, la police l'avait trouvée gisant immobile au pied d'un escalier de son domicile. Elle a alors été admise à l'hôpital pour le traitement d'une fracture du fémur gauche. Elle est morte soudainement alors qu'elle était à l'hôpital en attente d'une chirurgie de la hanche.

Recommandations judiciaires :

1. Que l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) entreprenne une révision de la dotation en personnel infirmier de soins critiques des Unités de soins intensifs (USI) de la région.

2. Que l'Hôpital général de Saint-Boniface (HGSB) et l'ORSW revoient les politiques concernant les quarts de travail du personnel infirmier.

3. Que l'HGSB et l'ORSW songent à adopter un système de gestion de la fatigue tel que celui mis au point par le professeur Drew Dawson, de la University of Adelaide, en Australie (http://www.humantra.com/index.php).

4. Que le personnel de la pharmacie, le personnel de l'HGSB et l'ORSW continuent d'examiner l'achat auprès de sociétés pharmaceutiques de médicaments et de produits pour perfusion standard, plutôt que d'avoir un programme central de mélange de produits intraveineux, ou plutôt que de faire préparer les médicaments et les perfusions par les infirmières.

5. Que le personnel de la pharmacie, le personnel de l'HGSB et l'ORSW examinent les situations actuelles exigeant des infirmières qu'elles préparent des médicaments et des perfusions, surtout les médicaments et les perfusions présentant des risques élevés, plutôt que de leur faire administrer des doses unitaires préparées ailleurs.

6. Si la préparation de médicaments et de perfusions est requise, que l'on songe à effectuer une analyse des modes de défaillance et de leurs effets, afin de passer en revue les risques éventuels et les dangers liés à la préparation, par exemple le fait de retirer des infirmières du chevet des patients, ainsi que le risque d'interruption lors de la préparation de médicaments et de perfusions.

7. Que l'HGSB et l'ORSW revoient la méthode récemment adoptée pour le passage, à la fin du quart d'une infirmière, à une nouvelle infirmière, faisant en sorte que l'infirmière qui commence son quart vérifie le réglage de la pompe à perfusion et les tubes reliés au patient. Cette vérification est accomplie en présence de l'infirmière qui s'apprête à partir, afin d'assurer la continuité des soins, et pour fournir à l'infirmière qui arrive l'occasion de discuter avec celle qu'elle remplace de tout problème ou de tout écart constaté. Les deux infirmières doivent signer le « rapport infirmier » en arrivant et en partant.

confirmant l'inspection et la vérification des tubes intraveineux, ainsi que les taux de perfusion des médicaments.

8. Que l'HGSB et l'ORSW songent à effectuer une revue des pratiques et des politiques actuelles de consignation des données, et qu'ils considèrent l'adoption de recommandations pour l'inscription de données conformément aux principes de sécurité des médicaments de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP Canada).

9. Que l'HGSB et l'ORSW continuent d'examiner la faisabilité de la mise en œuvre de méthodes électroniques de consignation des données.

10. Qu'au moment de l'administration d'un médicament à un patient, les renseignements suivants soient notés sur l'étiquette de la sonde intraveineuse : 1) nom du médicament, 2) heure d'administration, 3) posologie, 4) signature de la personne ayant administré le médicament, 5) date.

11. Qu'au moment où l'on commence à administrer un médicament ou quand un sac i.v. est changé, le changement soit examiné et vérifié par deux infirmières.

12. Qu'une infirmière n'administre jamais un médicament préparé par une autre infirmière.

13. Qu'une infirmière ne signe jamais pour l'administration d'un médicament qui n'a pas été administré par elle.

14. Que l'HGSB et l'ORSW revoient leurs politiques concernant l'administration, l'étiquetage et la consignation de l'administration des médicaments.

15. Que l'HGSB et l'ORSW revoient le bilan d'absorption et d'élimination de liquide sur 24 heures de l'Unité des soins intensifs, formulaire employé pour noter la perfusion de liquides intraveineux, et qu'ils songent à le revoir en tenant compte de facteurs ergonomiques, notamment en ce qui concerne la présentation, l'espacement, la police de caractères, les parties ombrées et le flot de l'information.

16. Que l'HGSB et l'ORSW revoient le bilan d'absorption et d'élimination de liquide sur 24 heures de l'Unité des soins intensifs, formulaire employé pour noter la perfusion de liquides intraveineux, et qu'ils songent à le revoir pour que les infirmières puissent noter le numéro d'hôpital ou de série de toute pompe de perfusion (ou autre équipement semblable) utilisé dans le cadre du processus de perfusion de liquides et de médicaments.

17. Que l'HGSB et l'ORSW revoient le bilan de l'Unité des soins intensifs pour déterminer si ce formulaire est efficace comme liste de vérification systématique ou s'il doit être revu.

18. Que le numéro de série de la pompe soit inscrit dans le dossier du patient, afin de permettre de récupérer les antécédents de perfusion de médicaments du patient.

19. Que l'heure réelle d'observation d'une lecture soit inscrite dans le dossier médical du patient.

20. Que les médicaments délivrés à l'Unité des soins intensifs chirurgicaux (USIC) de l'HGSB soient déposés soit au chevet du patient une fois l'infirmière attitrée prévenue, ou déposés dans un endroit désigné au poste infirmier.

21. Que l'HGSB effectue un examen de la faisabilité d'un tube pneumatique exclusif pour la livraison des médicaments à l'USIC.

22. Que l'HGSB et l'ORSW considèrent l'établissement d'une pharmacie satellite pour les Unités de soins critiques de l'HGSB, comme celle du Centre des sciences de la santé, afin de fournir des médicaments « au moment opportun », et pour réduire les risques éventuels et les retards de distribution des médicaments ou d'autres articles fournis par la pharmacie.

23. Que les pharmacies de l'HGSB et l'ORSW revoient les schémas de dotation en personnel de leurs pharmacies.

24. Que le personnel de la pharmacie et de l'USIC de l'HGSB et l'ORSW continuent à accroître ce modèle de partage de soins, afin d'augmenter les interactions entre pharmaciens, médecins et personnel infirmier à l'USIC.

25. Que le personnel de la pharmacie et de l'USIC de l'HGSB et l'ORSW songent à l'application de ce modèle de partage étendu de soins à toutes les autres Unités de soins intensifs.

26. Que la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW passent en revue l'utilisation de médicaments multi-doses plutôt qu'en dose unitaire.

27. Que la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW revoient les politiques et les méthodes pour la délivrance des stocks étiquetés « Réservé à l'usage de la pharmacie ».

28. Que la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW remplissent et soumettent un « rapport de cas » à l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (www.ismp-Canada.org).

29. Que la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW revoient les politiques et les méthodes quant à l'inclusion d'instructions sur la préparation (incluant la dilution) et l'administration pour tous les médicaments délivrés.

30. Que les ministères régissant les médecins, la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW fournissent des renseignements aux internes, aux résidents et aux médecins traitant, en ce

qui concerne les horaires standard d'administration des médicaments administrés régulièrement (sauf sur indication contraire).

31. Que les ministères régissant les médecins, la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW fournissent des renseignements aux internes et aux résidents travaillant aux unités de soins intensifs concernant la manière de prescrire certains médicaments propres à l'USI, surtout si ces médicaments ne sont pas souvent prescrits.

32. Que l'ORSW et l'HGSB revoient l'utilisation des termes « millimole » et « milliéquivalent » en ce qui concerne les ordonnances, les étiquettes et la description des médicaments, et tout particulièrement qu'ils déterminent s'il est approprié de faire référence aux deux termes dans les ordonnances, l'étiquetage et la description des médicaments.

33. Que l'ORSW et l'HGSB poursuivent leur évaluation en vue de l'adoption d'un format plus standard pour les ordonnances d'électrolytes, de médicaments et de liquides.

34. Que le mode standard d'ordonnance des électrolytes, des médicaments et des liquides employé à l'HGSB corresponde à celui en usage à l'ORSW.

35. Que les recommandations de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (www.ismp-Canada.org) soient prises en considération en ce qui a trait aux ordonnances d'électrolytes, de médicaments et de liquides.

36. Que tous les médicaments administrés à un patient soient consignés au dossier du patient.

37. Qu'aucun flacon de médicaments en verre ne soit jeté dans les poubelles d'un département ou d'une unité d'hôpital.

38. Que l'HGSB et l'ORSW envisagent de revoir la taille et la conception des contenants pour petits objets pointus et tranchants se trouvant au chevet des malades.

39. Que l'HGSB et l'ORSW envisagent de revoir la taille et la conception des contenants pour gros objets pointus et tranchants se trouvant dans les salles de médicaments et les locaux d'entretien.

40. Que tous les médicaments non utilisés dans des flacons ou des contenants de verre soient jetés dans les contenants pour objets pointus et tranchants.

41. Que les médicaments concentrés à risque élevé soient conditionnés de manière à pouvoir être distingués des autres flacons et ampoules de médicaments.

42. Que ces médicaments portent une étiquette clairement visible précisant par exemple « DILUER AVANT L'USAGE » ou « PRODUIT FATAL SI INJECTÉ NON DILUÉ ».

43. Que l'HGSB et l'ORSW revoient périodiquement les lignes directrices actuellement en place en ce qui a trait à la manipulation de potassium concentré, afin qu'elles soient conformes aux recommandations de l'ISMP Canada.

44. Que l'HGSB et l'ORSW continuent d'effectuer des vérifications de toutes les unités de soins infirmiers et de tous les services de pharmacie, afin de veiller au respect des lignes directrices en matière de potassium concentré.

45. Que l'ORSW et l'HGSB adoptent des lignes directrices concernant la manipulation et l'administration de tous les médicaments considérés comme étant dangereux par l'ISMP Canada.

46. Que la pharmacie de l'HGSB et l'ORSW envisagent de revoir la décision d'inclure l'acétate de potassium dans le Manuel des médicaments parentéraux.

47. Que le procédé d'avertissement du personnel dans les cas de résultats sanguins critiques soit revu par l'ORSW.

48. Que l'HGSB et l'ORSW revoient leur(s) protocole(s) actuel(s) dans la région, concernant les enquêtes sur les décès dont la nature est inconnue et autres conséquences préjudiciables.

49. Que le(s) protocole(s) aborde(nt) ce qui suit :

a. comment et quand les patients et le personnel doivent être protégés en cas d'événement ou de résultat préjudiciable les affectant ou pouvant les affecter;
b. quel équipement doit être sécurisé et comment;
c. si l'équipement est sécurisé, comment et quand doit-il être testé avant d'être remis en service;
d. si l'équipement doté d'une mémoire est sécurisé, comment et quand la mémoire doit-elle être téléchargée, avant d'être remise en service;
e. dans quelles circonstances les seringues, les flacons et autres articles peuvent-ils être conservés et, le cas échéant, comment et quand faut-il les tester;
f. comment et quand faut-il sécuriser l'environnement dans lequel un événement ou un résultat préjudiciable s'est produit jusqu'à ce que la sécurité des autres patients et du personnel dans le même environnement soit assurée.

50. Que l'infirmière responsable, si elle se trouve à l'hôpital, reste ou retourne à son étage ou son unité si un code de réanimation est lancé.

51. Que tout l'équipement médical utilisé pour un patient fasse partie de l'équipement saisi dans les cas de décès survenant dans un hôpital en conséquence d'un accident, d'un suicide, d'un acte de violence, d'un homicide ou d'un décès inattendu ou inexpliqué.

52. Que l'HGSB et l'ORSW passent en revue les critères systématiques pour déterminer quand un examen doit être effectué par l'USI et à quelle rapidité.

53. Qu'en l'absence de critères systématiques quelconques, on songe à en adopter ou à en élaborer.

54. Que des examens semblables soient effectués dans les salles d'opération et de récupération, dans les unités et les services d'urgence de l'HGSB et de l'ORSW.

55. Que l'ORSW organise des séminaires éducatifs pour l'ensemble du personnel hospitalier, afin de revoir la politique de rapport prompt d'incident clinique critique.

56. Qu'un incident clinique critique se produisant dans un hôpital à toute heure du jour ou de la nuit soit immédiatement rapporté au personnel médical de surveillance.

57. Que le service de risque clinique d'un hôpital soit immédiatement averti de tout incident ou événement inexpliqué.

58. Que, pour l'identification d'un incident critique dans un hôpital, il existe un système de rapport facile à utiliser et appuyé par des politiques et des pratiques appropriées.

59. Que soit établie dans tous les hôpitaux une base de données d'incidents critiques, permettant de colliger les données, d'analyser les tendances et les causes, et d'améliorer la sécurité des patients.

60. Que l'ORSW continue de revoir sa politique concernant le rapport d'événements cliniques critiques.

61. Que l'HGSB et l'ORSW songent à créer une équipe d'enquête sur la sécurité des soins de santé, pour examiner les épisodes et les résultats préjudiciables d'un certain degré de gravité.

62. Que l'HGSB et l'ORSW songent à fournir une formation appropriée aux personnes qui effectueront des enquêtes de sécurité dans le domaine des soins de santé.

63. Que l'HGSB et l'ORSW limitent la participation aux enquêtes sur la sécurité des soins de santé aux personnes n'ayant pas de responsabilités administratives.

64. Que l'ORSW et l'HGSB adoptent une politique établissant dans quelles circonstances la police doit être prévenue d'un événement ou d'un résultat préjudiciable, dans le but de mettre en branle une enquête criminelle.

65. Que la province du Manitoba revoie les avantages d'inclure des définitions de causes de décès dans la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

66. Que l'ORSW crée de la documentation sur les rapports d'incidents critiques, à l'intention du personnel.

67. Que tous les hôpitaux adoptent des protocoles de réponse initiale pour les décès ou les quasi-décès inexpliqués ou inattendus, afin d'inclure des dispositions de notification immédiate au MLC et de préservation des lieux.

68. Qu'une personne préalablement désignée soit nommée pour sécuriser, préserver et relever les détails des lieux avant l'arrivée de l'équipe d'enquête, de l'enquêteur ou du représentant du MLC.

69. Que l'ORSW et l'HGSB poursuivent leurs efforts en vue d'établir un environnement où la sécurité des patients est considérée comme une valeur de base et un principe directeur dans l'ensemble de l'organisation.

70. Que l'ORSW et l'HGSB poursuivent leurs efforts en vue de rehausser l'importance des rapports dans leurs organisations. Ils doivent, à ces fins, revoir leurs politiques de rapport d'événements critiques pour que le personnel comprenne bien que sauf quelques exceptions limitées, le rapport d'un incident ne donnera pas lieu à une réponse disciplinaire et ne nuira pas à l'évaluation du rendement, mais sera plutôt considéré par l'organisation comme une occasion d'apprentissage.

71. Que le gouvernement du Manitoba examine la faisabilité de l'inclusion dans la *Loi sur la preuve au Manitoba* d'une disposition permettant la création d'un comité d'évaluation des incidents critiques ou d'une entité semblable dotée de pouvoirs d'interview, sur une base confidentielle, du personnel médical, pour les enquêtes sur la sécurité.

72. Que les recommandations de cette enquête connaissent la distribution la plus vaste possible et soient envoyées à tout le moins :

a. par le Bureau du médecin légiste en chef aux autres médecins légistes en chef et coroners en chef du Canada;
b. au conseil de direction (ou l'équivalent) des hôpitaux de la province du Manitoba et du Canada;
c. à l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (www.ismp-Canada.org);
d. à l'Institut canadien pour la sécurité des patients (www.cpsi-icsp.ca).

73. Que le personnel de garde de l'USIC de l'HGSB envisage de présenter un rapport à la profession médicale pour décrire ce cas.

74. Que le service de pharmacie de l'HGSB ou l'ORSW remplisse et soumette un rapport de cas à l'ISMP Canada.

DOSSIER DE CAS N° 0767/99

Cause du décès : Inhalation de fumée

Nature du décès : Accident

Circonstances : Dans la nuit du 28 mars 1999, M. Fiddler, qui avait consommé d'importantes quantités d'alcool et était ivre, a décidé de marcher de Wasagamack First Nation au centre communautaire St. Theresa Point non loin de là. Les agents de bande ont intercepté M. Fiddler sur la route hivernale et l'ont placé sous garde, conformément aux règlements de bande sur l'alcool et le couvre-feu. M. Fiddler a ensuite été transporté à un édifice utilisé par les agents de bande comme poste de police et lieu de détention. Alors que M. Fiddler était en détention, un incendie s'est déclenché dans sa cellule. Le feu a envahit la cellule et a causé le décès de Glen Fiddler avant qu'on ne réussisse à l'atteindre.

Recommandations judiciaires :

Services de police de Wasagamack

1) Une entente en vue de l'établissement d'une agence de police professionnelle à Wasagamack First Nation, négociée entre les gouvernements fédéral et provincial, ainsi que Wasagamack First Nation, conformément à la Politique sur la police des Premières nations (PPPN), représenterait un pas important dans la résolution des problèmes créés par le programme d'agents de bande de Wasagamack First Nation. Je recommande que les parties prennent des mesures immédiates pour entamer le processus de négociations entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et la Première nation, en vue d'établir des services policiers améliorés à Wasagamack First Nation.

2) Il est absolument essentiel que durant le maintien du système d'agents de bande, dans le cadre de la nouvelle entente sur les services de police, ainsi que pendant la transition, la formation du corps de police de Wasagamack First Nation soit obligatoire et d'une durée comparable à celle des autres agences de police professionnelles, afin de fournir une base à l'établissement de méthodes policières appropriées. Dans la mesure où ce sujet représentera une partie des négociations entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et Wasagamack First Nation pour établir de meilleurs services de police à Wasagamack First Nations conformément à la PPPN, je recommande fortement que le gouvernement provincial mette cette position de l'avant lors des négociations.

3) Il est absolument essentiel que durant le maintien du système d'agents de bande, dans le cadre de la nouvelle entente sur les services de police, ainsi que pendant la transition, la formation du corps de police de Wasagamack First Nation soit obligatoire, pour faire en sorte que les méthodes policières appropriées soient suivies et que les nouveautés en

matière de techniques et de méthodes soient portées à l'attention de la police des Premières nations et incorporées par cette dernière. Dans la mesure où ce sujet représentera une partie des négociations entre le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et Wasagamack First Nation pour établir de meilleurs services de police à Wasagamack First Nations conformément à la PPPN, je recommande fortement que le gouvernement provincial mette cette position de l'avant lors des négociations.

4) Pendant que le programme d'agents de bande reste en place, il sera nécessaire d'établir un système régularisé d'appui et de conseil de la part de la GRC et de la Direction générale de la police des autochtones, en collaboration avec les Premières nations, pour favoriser l'identification précoce des lacunes, notamment celles qui pourraient mettre en danger la sécurité du public. De plus, il faudra composer un manuel des politiques et des méthodes pour les agents de bande (ce qui n'existe pas à l'heure actuelle), pour fixer des normes de rendement et permettre l'évaluation des agents de bande par rapport à ces normes.

5) Deux points ressortent clairement des preuves entendues lors de l'enquête, en ce qui a trait à la question de la main d'œuvre policière à Wasagamack First Nation. Premièrement, le nombre d'agents de bande actuellement subventionnés à Wasagamack First Nation est totalement inadéquat et doit être accru à un niveau permettant la prestation de services policiers sûrs, responsables et professionnels. Deuxièmement, les consultations entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et Wasagamack First Nation, qui mèneront entre autres à l'accroissement de la main d'œuvre policière à Wasagamack First Nation, doivent être entreprises maintenant. Les lacunes du programme d'agent de bande de Wasagamack First Nation existent depuis trop longtemps.

6) L'une des exigences d'un corps de police professionnel est la disponibilité de fonds suffisants pour permettre des salaires assez élevés pour attirer des candidats compétents. Il est important que durant le maintien du système d'agents de bande, dans le cadre de la nouvelle entente sur les services de police et pendant la transition, les salaires du service de police de Wasagamack First Nation soient haussés à des niveaux comparables à ceux des services policiers des Premières nations opérant conformément à la PPPN ailleurs au Manitoba.

7) Étant donné l'emplacement isolé de Wasagamack, le rôle qu'y jouent les agents de bande n'est souvent pas limité aux questions d'enquêtes de poursuites sommaires. Il est évident que les services de police, incluant les services de police des Premières nations, détiennent l'autorité devant la loi leur permettant de réaliser correctement leurs tâches. Je recommande que pendant la poursuite du système d'agents de bande, les conditions d'emploi des agents de bande incluent l'admissibilité à la nomination à titre d'agent de la paix par la province du Manitoba.

8) Étant donné l'emplacement isolé de Wasagamack, les agents de bande correctement formés et supervisés doivent disposer d'établissement conformes au code pour garder les détenus en toute sécurité, jusqu'à qu'ils puissent soit être libérés dans la communauté,

soit être transférés à la GRC. Un service de police des Premières nations ne doit pas avoir à choisir entre laisser un détenu dans des conditions nettement risquées et dangereuses (ce qui s'est produit dans ce cas), le laisser dans un couloir, enchaîné à une motoneige, ou l'emmener avec la police dans le cadre de ses enquêtes.

9) En supposant la création d'un lieu de détention approuvé à Wasagamack, un service de police professionnel à Wasagamack ou, en attendant, des agents de bande adéquatement formés et supervisés, doit se voir confier l'autorité de détenir des prisonniers sur place à Wasagamack.

10) L'obtention de financement en vue d'un programme de formation et de rémunération pour les gardes civils de Wasagamack First Nation est nécessaire, pour faire en sorte que la supervision des prisonniers maintienne un niveau uniforme et acceptable de sécurité.

11) Les agents de bande de Wasagamack ou la police des Premières nations, ainsi que la garde civile bénévole, doivent recevoir une formation en matière de méthodes de base de lutte contre les incendies, et doivent avoir l'équipement minimum pour l'extinction des incendies, afin d'assurer une réponse précoce en cas d'incendies comme celui qui a enlevé la vie à Glenn Fiddler.

Protection contre les incendies

12) Il est évident que la politique fédérale d'inspection volontaire entraîne le risque que des conditions dangereuses ne soient pas décelées ou résolues dans les Premières nations. La création d'un horaire fixe d'inspections annuelles obligatoires pour les principaux édifices appartenant aux bandes des Premières nations empêcherait que des inspections pouvant être critiques soient remises à plus tard, et permettrait que des lacunes du code, qui pourraient mettre des vies en danger, soient identifiées et résolues en temps opportun, avant la survenue de tout préjudice. Les détails des inspections (par exemple si elles doivent être effectuées par le personnel du ministère du Travail, des représentants de la Manitoba Association of Native Firefighters, un agent du service des incendies du Island Lake Tribal Council, le chef des pompiers de Wasagamack, ou une combinaison de ceux-ci) doivent être négociés entre les Premières nations et le gouvernement fédéral.

13) Le financement et la formation pour que le chef des pompiers de Wasagamack effectue ces inspections à Wasagamack, inspections qui doivent s'ajouter à, et non pas remplacer, les inspections effectuées par le Service des ressources humaines et du développement social Canada, augmenteraient la fréquence des inspections, et permettraient au ministère fédéral d'avoir un système nettement amélioré de notification en ce qui concerne les situations de danger imminent.

14) En plus des exigences d'inspections obligatoires régulières, un système de suivi obligatoire des lacunes identifiées dans le code, ainsi que des pénalités en cas de non-respect, empêcherait que des infractions persistent.

15) Je recommande qu'un protocole soit établi concernant le bureau provincial du commissaire aux incendies pour les cas où le bureau soit la seule agence

gouvernementale enquêtant sur les incendies dans les territoires des Premières nations. Le protocole exigerait que toutes les questions qui concernent les incendies soient examinées par cette agence, incluant le respect du code des incendies dans la région de l'incendie, et que le bureau du commissaire aux incendies établisse un procédé lui permettant de partager avec ses homologues fédéraux l'information recueillie dans le cadre de ses enquêtes.

16) Par sa présence et son rôle constants dans la communauté, la GRC est bien placée d'une part pour conseiller et guider les agents de bande avec lesquels elle travaille, et d'autre part, pour alerter les autres agences fédérales de tout problème éventuel tombant sous leur juridiction dans la communauté. Un protocole de partage d'information entre les agences fédérales, y compris en ce qui a trait aux problèmes manifestes ayant des conséquences sur la sécurité et la santé, comme ceux du cas présent, fournirait un autre moyen de veiller à ce que les agences responsables s'attaquent à ces problèmes.

Service des incendies

17) Un des éléments clés de la restauration du service de protection des incendies de Wasagamack sera l'acquisition de nouvel équipement d'extinction des incendies, incluant un camion à incendie convenant au terrain et à l'endroit où il sera utilisé.

18) La mise sur pied d'un système de communication qui permette les rapports immédiats entre la police et le service des incendies est une composante essentielle de la réorganisation des services d'urgence de Wasagamack First Nation.

19) Il est évident que la restauration du service de protection des incendies de Wasagamack First Nation est essentielle et que la situation actuelle doit être rectifiée. En attendant, une allocation de financement supplémentaire d'urgence permettra à Wasagamack First Nation de résoudre le problème immédiat de restauration de son service des incendies. À plus long terme, Wasagamack First Nation et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien doivent travailler ensemble pour tenter d'identifier des sources de financement additionnelles dans le budget de Wasagamack, afin que Wasagamack ait un service de protection des incendies fonctionnant à pleine capacité.

20) Il est absolument essentiel que l'établissement d'une surveillance et d'une supervision proactive des services de protection des incendies soit négocié entre Wasagamack First Nation, le gouvernement fédéral et le Island Lake Tribal Council; cette entente assurera le maintien de normes professionnelles, en particulier en ce qui a trait à l'équipement et aux ressources, ainsi que la protection des citoyens de Wasagamack First Nation.

21) Le service des incendies de Wasagamack First Nation a une obligation de responsabilité envers les citoyens qu'il est tenu de protéger. Une fois ses services remis sur pied, on s'attend au minimum à ce que Wasagamack First Nation prenne toutes les mesures en son pouvoir, y compris le maintien de ses biens, pour assurer la protection des biens et des citoyens.

22) Compte tenu des ressources limitées dont on dispose pour remettre sur pied des services d'urgence lorsqu'ils ont été détruits, il est essentiel non seulement que le service des incendies soit restauré, mais également qu'une fois restauré, des mesures de sécurité adéquates, et le financement de ces mesures, soient mises en place pour le protéger.

DOSSIER DE CAS N° 1923/03

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : À environ minuit 35 minutes le 28 août 2003, à l'établissement de Stony Mountain, à Stonewall, Manitoba, un détenu, M. Alan Nicolson, a été trouvé pendu à un tuyau de métal au plafond de la cellule A6-18 de l'Unité I (unité de santé mentale). Ce bloc de cellules faisait partie d'une unité « spécialisée » communément appelée alors « le bloc de santé mentale », et faisait l'objet de vérifications régulières par les agents de correction, dans le cadre de leurs tâches habituelles. Le détenu impliqué dans ce suicide, Alan Nicolson, était âgé de 34 ans au moment de son décès, et purgeait une peine de quatre ans et deux mois pour vol.

Recommandations judiciaires :

1) Qu'un infirmier psychiatrique soit immédiatement embauché pour le département de psychologie de l'établissement, et qu'il soit à la disposition des psychiatres contractuels pour fins de consultation.

2) Que des consultations aient lieu entre l'administration de Stony Mountain et le département de psychologie, dans le but de créer des programmes et de promouvoir la recherche sur les questions de santé mentale dans un contexte correctionnel; que les effectifs soient au minimum ramenés aux nivaux d'avant 1997.

3) Qu'une formation en matière de reconnaissance et de présentation des personnes suicidaires soit obligatoire pour toute nouvelle personne embauchée comme agent de correction.

4) Que le placement d'un détenu dans l'unité de santé mentale ou hors de celle-ci repose sur une évaluation de santé mentale exhaustive, effectuée par un psychologue ou par un infirmier psychiatrique compétent. Les raisons du placement doivent être documentées.

5) Que les dossiers médicaux du Centre provincial de détention provisoire de Winnipeg et d'autres établissements correctionnels soient immédiatement remis au moment du transfert physique d'un détenu.

6) Que pendant une surveillance étroite en cas de risque de suicide, les détenus soient dans un environnement « plus sain » et qu'ils aient au minimum de quoi se distraire, par exemple des livres, des revues, l'accès à des jeux, une radio, un système de son ou une télévision.

7) Que tous les conduits fixes électriques de métal au plafond des cellules soient encastrés et couverts d'une barrière pour empêcher qu'un point fixe ne soit utilisé pour suspendre quoi que ce soit.

DOSSIER DE CAS N° 1538/03

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Le défunt a connu la mort, pour cuase de suicide par pendaison, à l'âge de 32 ans, dans sa cellule de l'établissement de Stony Mountain, à Stonewall, Manitoba. Ce suicide par pendaison est survenu dans la cellule A7-7 de l'Unité 1, communément appelée « l'unité de santé mentale » à l'établissement Stony Mountain, à environ 4 h 20 le matin du 29 juin 2003. Lors d'une tournée de comptage dans l'établissement, un agent de correction a trouvé M. Lagimodière pendu aux barreaux de sa cellule. L'agent a immédiatement appelé à l'aide et trois collègues ont répondu à son appel. La cellule a été ouverte et on a constaté que M. Lagimodière avait employé une couverture qu'il avait enroulée autour des barreaux de sa cellule, puis autour de son cou. Il était affaissé, un pied toujours au sol, et s'était asphyxié. La couverture a été coupée avec un couteau de secours et M. Lagimodière a été placé sur son lit. Les tentatives de réanimation à l'aide de techniques de RCR et d'un sac de ventilation ont été infructueuses.

Recommandations judiciaires :

1) Qu'un infirmier psychiatrique soit immédiatement embauché pour le département de psychologie de l'établissement, et qu'il soit à la disposition des psychiatres contractuels pour fins de consultation.

2) Que des consultations aient lieu entre l'administration de Stony Mountain et le département de psychologie, dans le but de créer des programmes et de promouvoir la

recherche sur les questions de santé mentale dans un contexte correctionnel; que les effectifs soient au minimum ramenés aux nivaux d'avant 1997.

3) Qu'une formation en matière de reconnaissance et de présentation des personnes suicidaires soit obligatoire pour toute nouvelle personne embauchée comme agent de correction.

4) Qu'un processus en règle soit mis en place pour permettre aux personnes de l'extérieur, notamment aux membres de la famille, de voir leurs inquiétudes concernant le bien-être physique et mental d'un détenu prises en compte et documentées.

DOSSIER DE CAS N° 2705/02

Cause du décès : Hématome sous-dural bilatéral

Nature du décès : Inconnue

Circonstances : Leon Herman Bighetty a été conduit au Main Street Project (« Project ») situé au 75, rue Martha à Winnipeg, à 17 h 30 le 20 novembre 2002, par deux policiers de la ville de Winnipeg qui le croyaient ivre. Il a été détenu dans une cellule du Project, conformément à la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*, C.C.S.M., c. I90(LDPÉÉ). Le Project a été désigné comme lieu de détention en vertu de cette loi. Environ treize heures plus tard, des employés ont tenté de réveiller M. Bighetty pour lui donner son congé. L'homme ne répondant pas du tout à leurs tentatives de réveil, une ambulance a été appelée et M. Bighetty a immédiatement été transporté au Centre des sciences de la santé (CSS). On a alors constaté qu'il souffrait de deux hématomes sous-duraux. Les résultats des épreuves de toxicologie n'ont montré aucune présence d'alcool ou de drogues dans son système, mais il est possible que de telles substances aient été évacuées de son système pendant la période de temps passée au Project, avant l'arrivée à l'hôpital. Une chirurgie a été effectuée pour tenter de soulager la pression exercée sur le cerveau par les hématomes. M. Bighetty est resté dans le coma pendant six jours, et son décès a été prononcé le 27 novembre 2002. Il était âgé de 32 ans.

Recommandations judiciaires :

(1) Qu'au moins cinq des vingt cellules soient munies de moniteurs vidéo pour les clients risquant de se blesser ou ayant besoin d'une supervision plus étroite en raison d'un état de conscience douteux ou pour une autre raison. Cette recommandation a déjà été faite par le

juge Howell, et il faudrait lui accorder la priorité. Compte tenu du fait que l'application de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété* (LDPÉÉ) relève du ministre de la Justice, le ministère provincial de la Justice devrait débourser les fonds en une somme unique pour cette dépense.

(2) Que tout le personnel actuel du Project reçoive obligatoirement une formation d'intervenant médical en cas d'urgence au cours des 18 prochains mois.

(3) Que le fait d'avoir reçu une formation d'intervenant médical en cas d'urgence fasse partie des exigences de base pour tout nouvel employé embauché.

(4) Qu'un budget renouvelable soit accordé au Project pour assurer la formation suivie du personnel.

(5) L'efficacité de toutes ces recommandations dépend du recrutement et de la rétention de personnel compétent et bienveillant. Les niveaux salariaux actuels sont loin de refléter les compétences, les efforts, le niveau de responsabilité et la nouvelle formation requis, et ils doivent être haussés grâce à des subventions et des taux journaliers.

(6) Que le Project mette à jour le formulaire d'admission afin d'y inclure un protocole détaillé ou une liste de vérification médicale dont toutes les parties devront obligatoirement être remplies. La liste de vérification utilisée au Centre de détention provisoire de Winnipeg, figurant à l'annexe IV, doit être prise en considération et adoptée ou modifiée. Chaque personne admise doit être considérée comme pouvant souffrir d'une affection médicale éventuellement grave, par exemple une lésion à la tête, du diabète, une surdose de drogues, l'épilepsie ou un AVC.

(7) Que de simples indicateurs du niveau de conscience soient inclus dans la liste de vérification comme critère de base au moment de l'admission, pour que les vérifications subséquentes permettent de déterminer une amélioration ou une aggravation de l'état. Le formulaire d'évaluation de l'état de réponse des prisonniers à l'annexe IV peut être utilisé comme point de départ et adapté au besoin.

(8) Que la liste de vérification soit préparée en consultation avec un médecin ayant des compétences et une expérience dans le domaine de la médecine d'urgence, et pouvant évaluer si et quand il convient de vérifier la pupille et d'effectuer d'autres examens de ce type.

(9) Que si un détenu est trop intoxiqué ou violent pour permettre de vérifier les éléments de la liste, ce fait soit noté. Il pourrait être nécessaire d'envoyer une telle personne à l'hôpital ou de la placer dans une cellule munie de moniteurs vidéo. Des efforts devront être déployés pour obtenir l'information manquante dès que raisonnablement possible.

(10) L'employé en poste pour les admissions en vertu de la LDPÉÉ doit pouvoir utiliser un ordinateur pour que, lorsqu'une personne est admise, on puisse avoir aisément accès aux renseignements de son dossier portant sur la santé.

(11) Que, dans la mesure du possible, les admissions en vertu de la LDPÉÉ soient effectuées par un employé régulier plutôt qu'occasionnel. Le processus d'admission implique un triage important en vue de déterminer si une personne doit ou non être envoyée à l'hôpital.

(12) Que toute personne ayant subi une lésion cérébrale soupçonnée ou avérée, à l'exception d'éraflures ou d'abrasions superficielles, ne soit pas admisse au Project sauf si un médecin a médicalement autorisé cette admission. Le personnel doit recevoir une formation régulière pour reconnaître les indicateurs de lésions cérébrales évantuelles.

(13) Que toute personne diabétique insulinodépendante avérée ne soit pas admise au Project sauf si un médecin a médicalement autorisé cette admission.

(14) Que toute personne sujette à des crises fréquentes ou récentes soupçonnées ou avérées ne soit pas admise au Project sauf si un médecin a médicalement autorisé cette admission.

(15) Que toute personne détenue pouvant être diabétique non insulinodépendante fasse fréquemment l'objet d'une vérification de son taux de glucose, tel qu'indiqué dans le protocole mis au point en collaboration avec un médecin ayant des compétences dans le domaine.

(16) Que le superviseur en poste soit toujours consulté avant que toute personne incapable de marcher sans aide ne soit admise. Le Project doit obtenir les conseils d'un spécialiste qualifié afin de connaître les circonstances dans lesquelles une personne peut ou doit être admise et quelles précautions spéciales doivent être prises, incluant la fréquence des tentatives de réveil d'une telle personne. Ces critères doivent être ajoutés à la liste de vérification au moment de l'admission, et aux protocoles d'observation.

(17) Qu'à intervalle d'au plus deux heures, le personnel prenne des mesures pour réveiller tous les clients détenus en vertu de la LDPÉÉ apparemment endormis, afin d'évaluer leur niveau de conscience. Un simple protocole doit être mis en place en consultation avec un médecin, pour permettre au personnel d'évaluer l'état de conscience par rapport au moment de l'admission au réveil précédent. Si le niveau de conscience ne montre pas les signes d'amélioration escomptés, le client doit être envoyé à l'hôpital.

(18) Que compte tenu des demandes supplémentaires imposées au personnel et des questions de sécurité qu'entraînent les réveils à intervalle de deux heures, les besoins de financement soient ajustés pour faire en sorte que deux employés soient en poste dans l'aile de détention selon la LDPÉÉ, en tout temps.

(19) Qu'au besoin, le Service de police de Winnipeg (SPW) reste au Project pendant un court moment après l'admission d'une personne, pour aider le personnel qui tente de vérifier l'état de conscience d'autres clients précédemment admis, en cas de violence. Si après une période d'essai cette mesure s'avère irréalisable, d'autres moyens pour assurer

la sécurité du personnel lors du réveil de clients devront être élaborés. Un employé seul ne doit jamais tenter de réveiller un client, sauf si ce client a toujours, à l'occasion de séjours précédents au Project, fait preuve d'une attitude non violente.

(20) Si une personne est détenue depuis six heures, le personnel doit être tenu de la réveiller complètement, pour s'assurer qu'elle est en mesure de parler et qu'elle est suffisamment consciente de sa situation. Un protocole simple et une liste de vérification doivent être élaborés à cette fin.

(21) Après la vérification de six heures, on doit poursuivre avec les vérifications aux deux heures si la personne n'est pas prête à ou en mesure de recevoir son congé.

(22) Les tournées d'inspection visuelle à intervalle de 15 minutes pour déceler tout signe de détresse doivent se poursuivre.

(23) L'exercice de préparation de protocoles et de listes de vérification mentionnés aux paragraphe 6 à 8, 16, 17 et 20 doit faire l'objet d'un financement approprié grâce à une subvention de l'Office régional de la santé de Winnipeg et de la ville de Winnipeg.

(24) Un infirmier praticien hautement qualifié, comme ceux qui travaillent aux postes infirmiers du Nord, comprenant la philosophie de soins bienveillants de l'établissement, doit être en poste au Project et disponible pour les admissions et les consultations des clients admis en vertu de la LPDÉÉ, et pour fournir des soins infirmiers dans d'autres domaines du Project, en tout temps. Initialement, au minimum, cet infirmier praticien doit être sur place de 8 heures à 17 heures à compter du prochain exercice financier (1er avril 2006). Les coûts doivent être partagés entre la ville de Winnipeg (par une augmentation des taux per diem ou autre), l'ORSW et le ministère de la Justice, sauf en cas d'entente contraire. Selon les compétences et l'expérience de l'infirmier, certains clients qui seraient normalement envoyés à l'hôpital conformément aux dispositions des paragraphes 12 à 16 ci-dessus pourraient éventuellement demeurer sous étroite surveillance de l'infirmier, qui évaluera régulièrement le besoin d'un transfert à l'hôpital.

(25) Pour les périodes durant lesquelles il n'y a pas d'infirmier au Project, la possibilité d'un système de demande devrait être évaluée par le Project, par exemple l'emprunt d'un infirmier du Centre de détention provisoire de Winnipeg ou d'un autre établissement de santé, pour fins de consultation.

(26) Downtown Biz doit revoir ses politiques concernant les personnes qui sont conscientes, les personnes qui sont inconscientes et celles dont l'état de conscience est incertain. La documentation doit également être revue afin de préciser que des symptômes apparentés à l'intoxication peuvent être causés par des hématomes sous-duraux attribuables à une lésion cérébrale, incluant les lésions sans signes visibles, ou par des états diabétiques. De plus, la documentation doit préciser que l'alcool peut masquer le diabète, les lésions cérébrales incluant les hématomes sous-duraux, les surdoses de drogues, l'épilepsie et les AVC.

(27) Downtown Biz ne doit pas être autorisé à détenir des personnes en vertu de la LDPÉÉ sans avoir reçu une formation pour agir professionnellement et en toute sécurité avec ces personnes, et seulement après consultation avec le directeur du Project.

(28) Les agents du SPW doivent recevoir une formation spécifique concernant les lésions cérébrales, le fait que les personnes ayant des problèmes d'intoxication peuvent présenter un risque accru d'hématome sous-dural et que les symptômes de l'hématome sous-dural peuvent ressembler à ceux de l'intoxication. Lorsque cela peut être accompli en toute sécurité, les membres du SPW doivent suivre des méthodes semblables à celles qui figurent dans le manuel d'exploitation de la GRC sur l'évaluation de l'état de réponse d'un prisonnier, figurant à l'annexe IV du présent document.

(29) Le Collège des médecins et chirurgiens, après consultation avec un médecin possédant les compétences appropriées, devrait publier un avis ou un rappel aux médecins à l'effet que si un alcoolique chronique ou un utilisateur abusif chronique de solvants se plaint de maux de tête, une lésion cérébrale ou un hématome sous-dural doit être envisagé comme cause possible, peu importe que la personne puisse ou non dire qu'elle a subi une blessure, même si l'exam neurologique est normal, et que le patient doit être mis en garde en conséquence.

(30) Le directeur médical du Centre de détention provisoire de Winnipeg doit établir et mettre en œuvre une politique de réveil périodique des personnes apparemment intoxiquées, pour évaluer leur niveau de conscience et s'assurer que l'intoxication apparente ne masque pas un autre problème de santé. (Cette mesure devrait également toucher le Centre manitobain de la jeunesse et le Centre Rosaire, s'ils ne disposent pas déjà de telles politiques).

(31) Le ministre de la Santé de la province devrait créer un établissement provincial destiné au traitement des adultes souffrant d'intoxication aux substances inhalées.

DOSSIER DE CAS 0464/02 & 0329/02

Cause du décès : Draper, Laura Lee (lésion cérébrale anoxique causée par un délire avec agitation)
Gill, Randy (délire avec agitation causé par une surdose de cocaïne)

Nature du décès : Accident

Circonstances : Le 23 février 2002, peu après son retour à la maison, Laura Lee Draper a couru à l'extérieur sans manteau, d'une manière agitée et désordonnée. On l'a ensuite laissée entrer dans une résidence après

qu'elle ait déclaré au propriétaire que quelqu'un essayait de la tuer. La police de Winnipeg a été appelée. Au moment de l'arrivée de la police sur les lieux, M^me^ Draper, dont le comportement était devenu encore plus erratique et violent, était immobilisée par les propriétaires. M^me^ Draper a été appréhendée par la police, mais elle a souffert d'un arrêt cardiaque avant l'arrivée de l'ambulance. Malgré les efforts de réanimation, M^me^ Draper a subi une lésion cérébrale anoxique et a été déclarée en état de mort cérébrale.

M. Randy Gill, âgé de 45 ans, de Winnipeg, Manitoba, est décédé au Centre des sciences de la santé le 10 février 2002, après avoir cessé de réagir alors que le Service de police de Winnipeg tentait de le maîtriser et de le placer dans une ambulance. Avant d'avoir été appréhendé, M. Gill, chez qui on avait observé un comportement étrange, s'était jeté violemment contre une vitrine de boutique de la rue Arlington. Une autopsie a confirmé que M. Gill est mort des suites d'un délire avec agitation ou excitation, causé par la consommation de cocaïne.

Recommandations judiciaires :

1) Que malgré la difficulté que pose son diagnostic, le délire avec agitation fasse l'objet d'une campagne d'information la plus vaste possible au sein des intervenants en cas d'urgence (police, agents de secours d'urgence, personnel paramédical. Ces renseignements peuvent provenir de manuels de formation existants, de vidéos ou de politiques officielles. Tous les services d'urgence doivent rester vigilants et veiller à ce qu'à cet égard, leurs politiques et manuels de formation soient tenus à jour et régulièrement revus par les employés.

2) Que la question de la réponse policière et de l'immobilisation dans les cas de délire avec agitation fasse l'objet de séances futures de formation des agents concernant le « recours à la force ».

DOSSIER DE CAS N° 2637/01

Cause du décès : Blessure par balle

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Le 5 novembre 2001, Donald Miles consommait de l'alcool en quantités importantes. Une confrontation est survenue avec une autre personne qui avait semble-t-il volé de l'équipement stéréophonique appartenant à M. Miles. M. Miles s'est rendu à son domicile où il s'est muni de deux couteaux et d'un pied de table

brisée, avant de commencer à poursuivre cette personne. Au moment où il sortait de chez lui, il a été aperçu par la police qui patrouillait les environs. Les agents sont sortis de leur véhicule et ont émis plusieurs avertissements à l'endroit de M. Miles l'exhortant à laisser tomber le couteau qu'il brandissait. La police n'a pas réussi à faire en sorte que M. Miles laisse tomber son couteau. Quand celui-ci s'est précipité sur un des agents avec le couteau, l'autre agent a tiré un coup de feu.

Recommandations judiciaires :

1. Que le Service de police de Winnipeg obtienne des pistolets électriques (taser-gun) et chaque voiture de police en soit munie.

2. Qu'avant d'obtenir ces pistolets électriques, le Service de police de Winnipeg forme tous ses membres à leur utilisation comme armes de force intermédiaire à employer correctement et seulement en conformité avec la politique de recours progressif à la force du Service de police de Winnipeg.

3. Que le Service de police de Winnipeg surveille étroitement l'utilisation des pistolets électriques par ses membres, une fois les armes distribuées tel que recommandé ci-dessus, afin de déterminer qu'ils peuvent être utilisés en toute sécurité par les membres du Service de police de Winnipeg, et pour établir si leur statut actuel d'armes « intermédiaires » doit être changé dans le processus de recours progressif à la force du Service de police de Winnipeg.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE *

Année	Garçons	Filles	Total
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002* **	24	22	46
2003* **	25	18	43
2004* **	20	22	42
2005* **	30	24	54
Total	**300**	**237**	**537**

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

*** Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* stipule ce qui suit :

S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :

a) soit avait été pris en charge par un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

(b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :

(c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;

(d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef (MLC) peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DES RAPPORTS DE LA *SECTION 10*

Outre les 16 rapports (concernant 16 enfants) pour lesquels le médecin légiste en chef a fait 33 recommandations concernant les services proposés, les services fournis à 13 autres enfants ont fait l'objet d'un examen (pour un total de 13 rapports). Pour ces 13 cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause[1].

Les recommandations ci-dessous tirées de 29 rapports ont été regroupées en catégories.

	Nbre	Total
Bureau du MLC		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis au Bureau du médecin légiste en chef.)		
Que la Direction de la protection de l'enfance, un office ou une autorité veille à ce que l'information soit fournie au BMLC tel que requis.	2	
		2
Gestion des dossiers des offices et de la Direction		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis en général par un office ou par la Direction.)		
Que l'office s'assure que les inscriptions aux dossiers soient complètes et que les dossiers soient conservés conformément aux normes provinciales.	2	
Que l'office mette au point un outil permettant d'évaluer les résultats des services, afin d'assurer une réduction suffisante du risque pour permettre un retour sûr des enfants dans leurs familles.	1	
Que l'office et l'autorité appropriée s'assurent que la charge de cas réponde aux normes des programmes provinciaux en termes d'estimation, de planification et d'évaluation.	1	
Que l'office et l'autorité appropriée s'assurent que la consignation écrite de l'appui soit fournie régulièrement et sans que le travailleur de cas n'ait à en faire la demande.	1	

[1] L'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg est maintenant connu sous les noms Bureau de Winnipeg de la Direction des services à l'enfant et à la famille, Services à l'enfant et à la famille ruraux et du Nord, Services à la famille et Logement Manitoba. Les agences provinciales de protection des enfants sont également considérées comme des « offices ».

	5
Personnel des offices	
Que l'office passe en revue avec son personnel l'identification des cas de négligence, ses conséquences sur les enfants et les solutions possibles contenues dans la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille.*	2
	2
Mesures prises par les offices et la Direction dans les cas de mauvais traitements et de négligence	
(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'à la pratique en général.)	
Que le comité des enfants maltraités de l'office passe en revue les résultats d'une enquête de mauvais traitement et envisage l'inscription au registre des cas d'enfants maltraités.	2
Que l'office évalue la situation d'une famille d'enfants, pour s'assurer que les enfants sont en sécurité et qu'ils vivent dans un foyer stable.	1
Que l'office revoit avec son personnel le mandat de protection des enfants auxquels on refuse les soins médicaux ou autres traitements ou soins curatifs appropriés pour leur santé et leur bien-être.	1
Que la conduite d'un cas particulier soit revue par l'office et par la Direction, en ce qui concerne la gestion des cas, l'évaluation des risques et l'évaluation de la sécurité.	1
Que l'office et la Direction établissent des protocoles de gestion des cas pour les situations où un parent figure au registre des cas d'enfants maltraités.	1
Que l'office et la direction s'assurent que le mauvais traitement des enfants est inscrit entièrement et exactement dans ses dossiers.	1
Que l'office et la Direction veillent à ce que le comité local pour les enfants maltraités soit prévenu de toute personne dont le nom est ajouté au registre des cas d'enfants maltraités, conformément à ses règlements.	1
Que l'office s'assure que son équipe de gestion est prévenue lorsque des professionnels se disent inquiets quant à des personnes pouvant être dangereuses, et que les mesures prises soient inscrites au dossier.	1
	9
Mesures prises par les offices et la Direction dans des cas particuliers	
(Ces recommandations ont trait aux mesures à l'égard de familles et d'enfants en particulier.)	
Que l'office et la Direction s'assurent que les antécédents d'infraction d'un parent soient entièrement et correctement consignés au dossier.	1
	1
Enfants pris en charge	
(Ces recommandations sont propres aux services fournis par les offices ou la Direction aux enfants en foyer nourricier.)	
Que l'office et la Direction revoient les permis d'un foyer nourricier particulier pour déterminer s'il convient aux enfants ayant des besoins élevés.	2

Que l'office et la Direction veillent à ce que les enfants soient placés dans un foyer d'accueil conforme aux normes provinciales de qualité de soins, de sécurité et de supervision. 1

3

Mesures prises par la Province ou les autorités en place

Que la Direction de la protection de l'enfance s'assure que le système d'information et le module d'accueil des Services à l'enfant et à la famille comprennent des avertissements en cas de violence facilement accessibles et reconnaissables, pour protéger les travailleurs et les autres personnes. 2

Que la Direction de la protection de l'enfance partage un rapport avec une autre direction en raison d'inquiétudes quant à la violence envers les travailleurs et du niveau de risque concernant les enfants. 1

Que la Direction de la protection de l'enfance veille à ce qu'un office ait accepté le renvoi d'un autre office et qu'il ait pris des mesures à cet égard. 1

Que les deux offices s'assurent qu'un programme conjoint de bien-être de l'enfant réponde aux normes provinciales en matière de surveillance des cas et de fermeture des dossiers. 1

5

Mesures touchant les rapports entre offices et Directions

Qu'un office fasse des renvois à un autre office concernant un frère ou une soeur survivant. 1

1

Contacts des offices et de la Direction et mesures concernant les services parallèles

(Ces recommandations ont trait aux échanges avec d'autres fournisseurs de services.)

Qu'un office s'assure que les ententes de services conclues avec des fournisseurs de services parallèles concernant la surveillance suivie des familles soient notées dans le résumé final, avant la clôture du dossier, et qu'une copie de l'entente de surveillance soit versée au dossier. 1

Qu'une agence d'octroi de permis revoie avec un organisme communautaire si un foyer répond toujours à l'appellation de lieu sûr. 1

Qu'une agence d'octroi de permis s'assure que la documentation portant sur un foyer parrainé par un organisme communautaire soit complète avant l'octroi du permis. 1

3

Mesures provinciales recommandées à l'égard des services

(Ces recommandations proposent des changements dans le système de protection de l'enfance.)

Que le ministre relève les Services à l'enfant et à la famille de la responsabilité de surveiller les placements dans un établissement particulier, à moins qu'il y ait d'autres raisons pour que les services de protection de l'enfance jouent un rôle auprès des familles en question. 1

Que la Direction de la protection de l'enfance établisse des critères provinciaux pour la prestation de services aux familles dirigées vers le service en raison de naissances multiples.	1	2
Total		**33**

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires du présent rapport, adressez-vous au :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Man.) R3C 4C6

Tél. : 204-945-2088
Téléc. : 204-945-2442

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du gouvernement du Manitoba.
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest reports.html